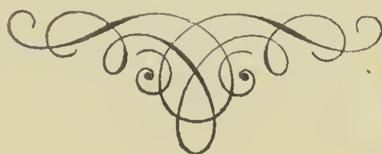
DISSERTATION INAUGURALE

DE LA

MÉTRO-PÉRITONITE
PUERPÉRALE

PAR LE

Docteur Ernest LAMBERT, de Bruxelles



LOUVAIN
TYPOGRAPHIE DE VANLINTHOUT FRÈRES
imprimeurs de l'Université

—

1876

INTRODUCTION.

La métrite, la péritonite, la métro-péritonite et autres affections puerpérales ont été confondues par bon nombre d'auteurs sous le nom général de fièvre puerpérale.

Hippocrate, Galien, Celse, Paul d'Egine, Red. Hoffmann, Astruc, Bosquillon, etc., comprenaient sous le nom de fièvre puerpérale l'inflammation de l'utérus occasionnée par la suppression des lochies ou par un accouchement laborieux. Ces auteurs considéraient donc la suppression des lochies comme étant une cause déterminante de cette métrite puerpérale, confondant ainsi la cause avec l'effet.

Hulme et Leake de la Roche, se basant sur un grand nombre d'autopsies qu'ils avaient faites de femmes mortes à la suite de la fièvre puerpérale, considéraient cette affection comme ayant son

siége dans les intestins. Ces organes, en effet, étaient seuls atteints de lésions inflammatoires, la matrice leur ayant paru tout-à-fait intacte.

Plus tard, les sciences médicales faisant des progrès, les épidémies de fièvre puerpérale sont mieux observées et sont étudiées avec plus de soin; on se livre à l'examen des cadavres, les déductions découlent des faits observés, l'anatomie pathologique prend naissance et commence à intervenir dans la description des maladies en venant y ajouter ses lois immuables.

Chomel signale le premier, en 1728, l'inflammation du péritoine qui est constatée presqu'en même temps, et d'une manière plus précise, en Angleterre par Jonhston (1) et en Allemagne par Walter.

Pinel admet la fièvre puerpérale, mais il en donne d'abord la description, dans la première édition de sa Nosographie philosophique, sous le nom d'*entérite aiguë*, à la suite des couches. Plus tard, reconnaissant son erreur, il décrivit cette affection, dans sa seconde édition, sous le nom de péritonite puerpérale des femmes en couches.

Bichat arrivait aux mêmes conclusions que Jonhston et Walter, sans avoir connaissance cependant des ouvrages de ces auteurs; il fut le premier en France qui traita de la fièvre puerpérale.

Ch. Gasc étudia ensuite la péritonite consécutive à l'accouchement et en donna la description en la considérant comme synonyme de fièvre puer-

(1) De febre puerperale. Discours; Edimbourg, 1779.

périale. Toutefois, des opinions bien différentes régnaient encore dans l'esprit des auteurs, et l'on était loin d'admettre d'une manière générale la fièvre puerpérale comme étant une inflammation du péritoine. Aussi était-elle connue alors par bon nombre, sous les noms de fièvre putride, fièvre bilieuse, fièvre maligne. En 1811, l'allemand Hecker publia un ouvrage dans lequel il démontra la versatilité des opinions de ses confrères pour et contre l'existence de la fièvre puerpérale.

Plus tard, les investigations ne se limitant plus au péritoine et au tissu de l'utérus, Ribes et Chaussier soupçonnèrent l'inflammation des veines.

En 1828 et 1829, Dance (1) publia successivement deux mémoires sur la phlébite utérine coïncidant souvent avec la fièvre puerpérale.

En Allemagne, Boër décrivit la putrescence de l'utérus à la suite des couches, tandis que la métrite gangréneuse et le ramollissement de l'utérus étaient observés, en France, par Danyau et Duplay.

En 1830, Tonnelé publia un mémoire important sur la fièvre puerpérale, affection à la suite de laquelle il a rencontré une foule d'altérations différentes, et entr'autres, du pus dans les vaisseaux lymphatiques. Il considère alors dans cette maladie, plusieurs formes diverses.

Bientôt après, Nonat voit dans la fièvre puerpérale une lymphangite utérine et croit que le pus provient des vaisseaux lymphatiques qui sont le siége de l'inflammation.

(1) Archives générales de médecine, 1828-29 ; tomes XVIII et XIX.

D'après Cruveilher, si les lymphatiques ne sont pas enflammés dans les points en contact avec le pus, ils le sont dans leurs radicules. Dans une épidémie de fièvre puerpérale qui règnait à l'hôpital des cliniques d'accouchements de Paris en 1838, Voillemier constata la présence du pus dans le péritoine, les plèvres, les articulations, les veines et les lymphatiques; et dans certaines autopsies, dans l'épaisseur des membres, sans qu'il existât de phlébite ni de lymphangite utérine. Ces diverses altérations ayant un caractère commun, la purulence, Voillemier considéra la fièvre puerpérale comme une maladie générale caractérisée par la présence du pus dans les divers points de l'économie, d'où la dénomination de *fièvre piogénique des femmes en couches* qu'il proposa, au lieu de celle de fièvre puerpérale. « Cette dénomination, nous ne saurions l'accepter, dit Dubois (1), parce qu'elle désigne non l'altération primitive, mais un effet secondaire qui ne se produit même pas toujours, comme l'attestent les autopsies faites dans les cas promptement funestes. »

D'après Ch. Dubreuilh fils et Dubois, la fièvre puerpérale doit être regardée comme une affection générale qui atteint la femme soumise à l'influence des couches, et se complique toujours de l'inflammation de divers organes du bas-ventre.

Tonnelé, partageant l'opinion de ces deux auteurs, trouve que le terme de fièvre puerpérale n'embrasse point par lui-même toutes les altéra-

(1) Dictionnaire en 30 volumes.

tions que nous rencontrons; mais il ne préjuge rien, il ne précise rien, et par cela même il se prête très-bien, dit-il, à toutes les formes de la maladie qui nous occupe. On doit donc le conserver, continue cet auteur, comme l'expression la plus générale de cette maladie, sauf à désigner chacun des cas particuliers par les diverses dénominations de péritonite, métro-péritonite, phlébite utérine, etc.

Les auteurs de l'article *puerpéral* du *Dictionnaire des sciences médicales* (1821), ont considéré cette dénomination de fièvre puerpérale comme un terme abstrait, une espèce d'être imaginaire.

Pour le professeur Stoltz, de Strasbourg, la fièvre puerpérale est une affection générale, née sous l'influence d'une cause cachée, comme la fièvre typhoïde. Elle a de particulier de se développer sous l'influence d'une prédisposition exceptionnelle, la *puerpéralité*, qui lui donne son cachet particulier.

Guérard, dans un ouvrage intitulé « *De la fièvre puerpérale, de sa nature et de son traitement* (Communications à l'académie impérale de médecine de Paris, 1858) », résume de la manière suivante l'opinion des diverses autorités médicales qui ont pris la parole, dans cette assemblée, sur cette intéressante question :

« M. Beau la considère comme étant une phlegmasie; le plus souvent une péritonite liée à une *diathèse inflammatoire*, dépendant de l'altération du sang.

» M. Piorry regarde la fièvre puerpérale comme

consistant, soit en une inflammation de l'utérus, du péritoine, des veines, soit en une infection purulente (pyémie) ou une infection putride (septicémie), etc.

» M. Piorry admet aussi qu'il n'est pas impossible qu'il existe un virus doué de la funeste prérogative de communiquer le mal.

» D'après M. Cazeaux, on ne doit voir dans la fièvre puerpérale qu'une phlegmasie dont la gravité dépend et de l'étendue qu'elle affecte, et de l'importance de l'organe qui en est le siége. Les cas sporodiques trouvent leur explication dans l'altération profonde du sang à la fin de la grossesse : l'influence du génie épidémique rend raison du développement des épidémies. Jacquemier s'appuyant sur ce fait que les lésions phlegmasiques du péritoine, compliquées le plus souvent de celles de l'utérus, accompagnent toujours le groupe de symptômes assignés à la fièvre puerpérale, regarde celle-ci comme étant de nature inflammatoire. Il la désigne sous le nom de *métro-péritonite puerpérale*, et décrit à part la *métrite puerpérale*, affection tout-à-fait distincte de la métrite ordinaire par ses symptômes et ses caractères anatomiques.

» M. Legroux rattache à cette fièvre « les phlé-
» bites, les lymphangites, les métrites, métro-pé-
» ritonites et autres phlegmasies spéciales », sans rien préjuger sur la cause tout-à-fait inconnue des épidémies.

» M. Béhier fait dépendre de la phlébite et de la résorption purulente, tous les désordres tant

symptomatiques qu'anatomiques, attribués à la fièvre puerpérale.

» Pour M. Bouillaud, la fièvre puerpérale n'est autre chose qu'une affection septique et purulente du sang, à laquelle vient s'ajouter un élément phlegmasique, dont il importe de tenir compte.

» M. Velpeau n'y voit qu'une péritonite, une angioleucite, une phlébite ou une infection purulente, modifiées par l'état puerpéral.

» M. Trousseau admet qu'il y a dans ce qu'on appelle fièvre puerpérale, quelque chose de *spécifique*, qui produit des phlegmasies d'une nature particulière; mais ce quelque chose ne procède pas toujours de la femme et ne lui appartient pas exclusivement; on le retrouve chez le fœtus, le nouveau-né, les blessés, et en général chez tous les malades de l'un et de l'autre sexe qui peuplent les salles de chirurgie.

» Cette théorie, dont on a blâmé l'extension, est une déduction de celle qu'a proposée Simpson (d'Edimbourg), dans l'assimilation qu'il a faite de l'accouchement au traumatisme chirurgical.

» M. Depaul a fait remarquer de son côté que l'érysipèle venant à se montrer dans les salles de chirurgie, est un signe précurseur de l'invasion de la fièvre puerpérale.

» D'autre part, M. Botrel a donné la relation d'une épidémie d'*angioleucite utérine puerpérale*, qui a exercé ses ravages en 1842 et en 1844, d'abord dans la salle de Rennes, puis à l'hôpital, à la salle de Gésine.

» Cruveilhier définit la fièvre puerpérale une

maladie par infection, contagieuse, miasmatique, dont le trait le plus caractéristique est la purulence des vaisseaux lymphatiques de l'utérus et de ses dépendances; le savant professeur l'a même désigné sous le nom de *typhus puerpéral.*

» L'infection purulente ou infection putride, telles sont, pour M. Hervez de Chégoin, les deux formes sous lesquelles existe la maladie qui nous occupe.

» M. Guérin n'y voit qu'une infection putride, consécutive au défaut de retrait régulier de l'utérus et à une action mécanique spéciale de cet organe et des trompes. MM. Cazeaux et Depaul ont vivement critiqué ces vues théoriques.

» M. Raciborski attribue la fièvre puerpérale à l'extension des lésions dues au travail d'accouchement (fièvre traumatique), qui, dépassant les veines utérines, s'étendent aux troncs veineux voisins.

» M. Mattei adopte une théorie analogue, et l'a consignée dans un mémoire publié par le *Moniteur des hôpitaux* (1858).

» M. Murphy, professeur d'accouchements au collége de l'université de Londres, regarde la fièvre puerpérale comme une intoxication.

» M. Faye, professeur à la Faculté de Médecine de Christiania, croit que la fièvre puerpérale est une affection miasmatique, contagieuse, due à l'altération du sang, naissant spontanément et sans cause spécifique dans les salles encombrées, et pouvant se transmettre par inoculation directe.

» Enfin M. Pidoux a établi les propositions sui-

vantes : 1° la fièvre puerpérale, à raison des lésions locales qu'elle présente, ne peut pas être considérée comme une fièvre essentielle; 2° elle n'est pas non plus entièrement renfermée dans les lésions locales précitées; 3° elle a une triple base ou origine, à savoir : l'état physiologique de la femme au moment de la parturition, le traumatisme de l'accouchement, enfin l'influence épidémique. »

Il serait trop long d'examiner toutes les théories qui ont été émises sur la fièvre puerpérale; elles ont été relatées d'ailleurs d'une manière très-complète par Eisenmann et Silberschmidt.

En résumé, deux opinions principales se trouvent actuellement en présence : l'*essentialité* et la *localisation*.

Les essentialistes subordonnent les lésions à un état général préexistant, la puerpéralité, et qui se développe sous l'influence de la gestation.

Cette doctrine est défendue : à Paris, par Danyau, Puzos, Depaul, Levret, Doublet, Willis, Dubois, etc.; à New-York, par Bolter, Blundell, Olivier, Mandell, Halmes, etc.

Les localisateurs considèrent les lésions locales comme initiales et déterminant les phénomènes généraux.

Cette opinion est défendue par Velpeau, Joulin, Béhier, Bouillaud, Hervez de Chégoin, Cazeaux, Pajot, Cruveilhier, Dance, Jacquemier, et par beaucoup d'autres hommes remarquables.

Refusant autant que possible de se laisser entraîner dans le champ vague des hypothèses,

aimant de concilier tous les phénomènes morbides que l'on observe avec les lésions anatomiques dont ils dépendent, on doit se rallier complétement à la théorie des localisateurs, théorie qui seule paraît rationnelle, puisqu'elle repose sur des faits positifs et incontestables, c'est-à-dire sur des lésions anatomiques existantes. Il faut rejeter l'idée de l'existence d'une entité morbide particulière, d'une fièvre essentielle indépendante de lésions organiques, qu'on appellerait *fièvre puerpérale*, état qui n'est que l'expression symptomathologique d'une affection survenue pendant ou après l'accouchement.

De plus, on ne doit pas hésiter à affirmer que si des auteurs, jouissant même d'une grande réputation, ont pu verser dans une semblable erreur, c'est qu'ils se sont laissé entraîner dans cette voie par le simple examen clinique de leurs malades, soit parce qu'ils se sont trouvés dans l'impossibilité de contrôler leur diagnostic par l'autopsie, soit parce que, dominés par cette idée préconçue, ils ont laissé passer inaperçues les lésions anatomiques qui existaient, ou les ont considérées comme étant consécutives à la fièvre puerpérale, tandis qu'elles en étaient la cause unique, le véritable point de départ.

Les exemples que fournit M. Gaube (1) parlent, du reste, en faveur de cette manière de voir. Et si l'on est autorisé à admettre la métrite, la péritonite, la métro-péritonite puerpérale, on peut avec

(1(L'Union médicale, n° 144, 1853.

autant de raison qualifier de l'épithète *puerpérale* toutes les affections qui peuvent se développer chez les nouvelles accouchées, quel que soit du reste l'organe qui en est le siége, qu'il appartienne à l'appareil de la génération ou à tout autre. En un mot, ici comme dans toutes les maladies en général, on n'est nullement autorisé à admettre l'existence d'une fièvre essentielle, car l'anatomie pathologique apprend à rapporter toutes les réactions fébriles à l'état inflammatoire d'un organe quelconque de l'économie, lésion inflammatoire sans laquelle la fièvre est impossible.

M. Joulin partage aussi l'opinion des localisateurs et s'exprime en ces termes : « On a désigné sous le nom de fièvre puerpérale l'ensemble des états morbides qui surviennent après l'accouchement et dont le caractère commun est la suppuration. Ce mot sert de lien au groupe de certaines lésions post-puérales, mais il n'a par lui-même aucune signification, au moins nous allons nous efforcer de le démontrer en combattant l'opinion trop exclusive des essentialistes. »

MM. Joulin et Simpson comparent la fièvre puerpérale à la fièvre traumatique des opérés et l'appellent fièvre traumatique des accouchées. Toutefois elle se distinguerait de la première par sa contagiosité.

« Les partisans de l'essentialité, continue M. Joulin, ont invoqué à l'appui de leur manière de voir cinq faits consignés dans les thèses de Tarnier et Témoin et dans lesquels aucune lésion n'a été constatée à l'autopsie; mais la valeur de ces faits

a été très-justement contestée. Il prouve simplement que le scalpel n'a rien trouvé, et non pas qu'il n'existait aucune lésion, ce qui n'est nullement la même chose. Dans quelques cas, ce n'est qu'après de très-longues recherches qu'on parvient à découvrir l'altération pathologique. En admettant l'exactitude de ces cinq observations, elles seraient un faible argument comparé aux milliers d'autopsies qui ont donné des résultats positifs.

» Les partisans de cette doctrine ont également signalé à l'appui de leur manière de voir les faits exceptionnels suivants et qui n'ont été observés qu'au milieu d'épidémies violentes de fièvre puerpérale :

» 1° La mort du fœtus encore contenu dans l'utérus, ou de l'enfant peu après sa naissance et présentant les lésions de la fièvre puerpérale (Lorrain).

» 2° Des fièvres puerpérales rapidement mortelles et débutant pendant le travail, alors qu'on ne pouvait encore invoquer les conséquences du traumatisme.

» 3° Le décès des femmes non enceintes mais qui donnaient des soins aux accouchées malades; l'autopsie a permis de constater la métro-péritonite. Il en existe seulement deux observations (Depaul et Tarnier).

» Ces faits exceptionnels, dit l'auteur français, ne sont nullement des arguments en faveur de l'essentialité, ils prouvent simplement que dans certaines conditions, c'est-à-dire lorsque l'épidémie est intense, la contagion de la maladie s'ob-

serve à un tel degré, que les organismes débilités peuvent le subir même en dehors de l'état de gestation. Dans les épidémies désastreuses qui ont donné lieu à ces observations exceptionnelles, un virus infectieux et transmissible se developpe, l'origine de la maladie est dénaturée, et les phénomènes qu'on observe diffèrent, au point de vue de leur étiologie apparente, de ce que l'on constate ordinairement. C'est dans de semblables conditions qu'on voit quelques femmes atteintes de frissons dès le début ou pendant le travail, être frappées de mort avec une rapidité foudroyante.

» Il me semble plus naturel d'admettre alors la contagiosité au lieu de l'essentialité; elles ont subi l'intoxication par rayonnement, sous l'influence du milieu délétère et avant d'avoir pu, en quelque sorte, fabriquer elles-mêmes les éléments de la purulence. L'essence de la maladie n'est pas modifiée, mais les symptômes et la marche se sont précipités et aggravés d'une manière spéciale.

» Aux faits exceptionnels on peut opposer avec raison des faits plus nombreux qui en détruisent la valeur. Pajot, à la clinique, faisait coucher des femmes enceintes dans des lits voisins des accouchées prises de fièvre puerpérale et jamais on n'a vu une seule fois la fièvre se développer chez celles qui n'étaient pas accouchées.

» Dans les affections essentielles, la fièvre précède, pendant un temps plus ou moins long, la manifestation des lésions. Dans la fièvre puerpérale, la douleur locale suit immédiatement le frisson initial et précède la fièvre; toujours la sen-

sibilité hypogastrique se manifeste avant ou en même temps que la fréquence du pouls (Joulin, Traité d'accouchements, 1868). »

Pour le professeur Carl Schröder, d'Erlangen (1), la fièvre puerpérale n'est autre que le produit d'une infection septique, identique avec celle qui se produit dans les cas de plaies. Cette opinion, dit cet auteur, a, dans ces derniers temps, gagné de plus en plus de terrain

M. Schröder rapporte que « un grand nombre d'observations, dont Hirsch dit « qu'elles ont en » partie du moins l'importance concluante de » preuves expérimentales, » sont venues établir cette théorie d'une façon si certaine, que si dans une recherche étiologique quelconque on voulait renoncer à atteindre la précision mathématique de la preuve et se borner à la connaissance exacte de tout ce que l'on peut obtenir, il y aurait bien peu de questions portant sur le champ de l'étiologie qui pussent recevoir une solution plus naturelle et plus évidente.

« Celui qui, après avoir lu attentivement parmi les ouvrages cités, ceux de Veit et de Hirsch, douterait encore de la possibilité que la fièvre puerpérale puisse être produite par la résorption des matières organiques putréfiées, celui-là ne pourra être convaincu. Aussi avons-nous jugé inutile de rapporter ici, ne fût-ce qu'en extrait, les nom-

(1) Manuel d'accouchements comprenant la pathologie de la grossesse et les suites de couches, traduit de l'allemand sur la 4e édition et annoté par le Dr A. Charpentier, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, 1875, p. 650.

breuses raisons et observations apportées à l'appui de cette opinion, et nous nous bornerons à publier plus loin quelques-unes des observations les plus frappantes, et qui en réalité ne diffèrent des expériences instituées sur les animaux que parce qu'elles se sont produites sans qu'on en eût conscience, et sans qu'on se proposât de produire l'infection.

Cette explication de la fièvre puerpérale a été donnée en Angleterre, mais c'est surtout aux recherches allemandes qu'elle doit l'extension si large qu'elle a prise. »

Cette théorie semble être la plus rationnelle et tend, du reste, à être la plus généralement admise.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

D'après M. Joulin, « on peut, dans certains cas, ne trouver aucune lésion capable d'expliquer la mort, ce qui, dit-il, ne signifie nullement qu'il n'en existe pas; seulement cela prouve que parfois elles sont peu apparentes. »

Cet auteur fait observer encore que les altérations anatomiques que l'on rencontre dans la métro-péritonite puerpérale sont variables et dépendent de la durée de la maladie ou de sa localisation.

On comprend, dès lors, qu'elles auront envahi plus spécialement tantôt le péritoine, tantôt l'utérus.

Les lésions anatomiques que l'on peut y rencontrer sont les suivantes :

1° Du côté de l'utérus. — On observe tout d'abord de petites déchirures de la muqueuse, déchirures qui se produisent chez toutes les primipares et chez le plus grand nombre des multipares, si pas toujours au col de

l'utérus, du moins dans le vagin ou à la vulve, sous l'influence du dégagement de la tête de l'enfant.

C'est par ces petites plaies que se produit généralement l'infection, les matières septiques y étant apportées directement par le doigt explorateur du médecin ou de la sage-femme, ou par des éponges ou des linges qui en sont imprégnés. L'infection se fait rarement par la plaie placentaire.

Certaines de ces plaies peuvent se réunir par première intention, celles du périnée par exemple, mais généralement, les bords de la plaie se transforment en une ulcération qui a pris le nom d'*ulcération puerpérale*. Cette lésion pathologique présente des bords tuméfiés, un fond recouvert d'un enduit jaune ou de couleur sale. De plus, dit M. Schröder (1), « elle a de la tendance à s'étendre, et ne guérit que très-lentement par détachement de cet enduit et par production sur le fond de l'ulcération de fines granulations. Dans les cas où les altérations sont beaucoup plus étendues (ce que l'on peut constater surtout sur les cadavres) au col et au point où s'insérait le placenta, l'ulcération est recouverte d'une escharre diphtéritique brun-verdâtre ».

Le même auteur fait observer en outre qne si l'étendue de l'inflammation augmente, la muqueuse du vagin se tuméfie et la couche sous-muqueuse devient le siége d'un œdème plus ou moins prononcé. De même que dans la vaginite, la muqueuse est alors mollasse et infiltrée. Le pourtour de l'ulcère étant généralement tuméfié, si celui-ci a son siége dans le vagin, il survient un œdème considérable des lèvres. Cette affection ayant

(1) Ouvr. cit., p. 658.

dès lors une marche identique à celle de l'érysipèle de la peau, M. Virchow a désigné cette forme sous le nom d'*érysipèle puerpéral malin interne.* A l'extérieur, l'utérus présente ordinairement une injection des vaisseaux sous-séreux, injection qui peut être arborisée ou uniforme, partielle ou générale et serait ordinairement, d'après certains auteurs, plus intense en bas qu'en haut, sur les parties latérales qu'au milieu. Elle peut même s'étendre jusque dans les parois de la matrice. Injection et même ecchymoses au niveau du museau de tanche; toutefois d'après Danyau, Dugès et Duplay, ceci ne constituerait point un caractère d'une grande valeur et se rencontrerait souvent dans les cas même où aucune lésion ne s'est manifestée dans l'utérus.

L'organe gestateur présente un volume plus considérable qu'à l'état normal. A l'intérieur, on trouve ordinairement quelques restes de l'arrière-faix et des lochies formant une espèce de putrilage sémi-liquide, pseudo-membraneux, d'une teinte brune ou jaunâtre, exhalant une odeur aigre, fétide et même quelquefois gangréneuse. Cette couche de détritus masquant toute la surface interne des parois utérines peut faire complétement défaut, et alors l'intérieur de la matrice est tout-à-fait sec; lorsqu'elle existe, ce qui est le cas de beaucoup le plus fréquent, elle s'enlève facilement, pour laisser apparaître ou les couches profondes de la muqueuse utérine, ou la couche musculaire mise à nu, ou bien la muqueuse à l'état normal en divers points de sa surface, si les escharres se sont limitées à certains points de la muqueuse utérine. Le tissu propre de l'utérus est le plus ordinairement ramolli dans une certaine épaisseur, au point de céder à la moindre

pression exercée avec la pulpe du doigt; il présente alors une teinte jaune ou livide. Ce ramollissement peut même envahir toute l'épaisseur de l'organe qui se laisse alors déchirer avec la plus grande facilité. Quelquefois, il n'y a qu'une partie bien limitée de l'utérus qui a subi ces altérations. On trouve parfois aussi l'infiltration purulente des parois de la matrice, et la pression qu'on exerce sur une partie sectionnée de l'organe en fait sourdre des gouttelettes de pus. M. Schröder fait observer que le point d'insertion placentaire prend aussi part à ces altérations, puisque, ou bien il est recouvert d'une escharre épaisse, ou bien après la destruction du thrombus il laisse à découvert la tunique musculaire lisse, et les ouvertures béantes des veines.

Dans certains cas, on trouve des abcès enkystés dans l'épaisseur des parois utérines. Enfin, on peut rencontrer la gangrène des parois utérines. On observe alors la présence d'escharres gangréneuses, mollasses, brunes, grisâtres ou noirâtres, assez nettement circonscrites et intéressant une épaisseur plus ou moins grande du tissu.

D'après M. Joulin, ces escharres peuvent occuper une étendue variable, et se rencontrent sur tous les points de l'organe; cependant, dit-il, c'est surtout vers le col qu'on les observe. La forme même de l'utérus s'est modifiée; cet organe est peu et mal rétracté, et sa substance se trouve imbibée, œdématiée au plus haut degré. Quelquefois cette imbibition est purement œdémateuse, mais plus souvent cependant elle est trouble, albuminoïde, avec un aspect finement granulé, quelquefois teintée de sang. Si l'inflammation purulente s'étend plus pròfondément, si une partie de l'utérus se gangrène,

il peut se produire des perforations dans la cavité abdominale. Enfin, on peut rencontrer dans certains points limités du parenchyme utérin des prolyférations celluleuses abondantes et des abcès qui se terminent par des épaississements caséiformes ou par perforation. D'après M. Schröder, ces petites masses purulentes se distinguent des cavernes lymphatiques remplies par du pus, en ce qu'elles ne présentent pas de membrane enveloppant le tissu, et par leur forme anfractueuse moins ronde ; mais on a dû souvent, dit cet auteur, les confondre avec ces cavernes lymphatiques. Quant à la muqueuse de la trompe, quelleque soit l'intensité de l'inflammation de l'utérus, elle reste généralement saine, ou présente seulement un léger état catarrhal. Toutefois M. Schröder fait observer que quelquefois il existe de la *salpyngite* purulente et que cela peut, par propagation de l'inflammation, ou par rupture de la trompe avec épanchement du pus, avoir pour conséquence une péritonite, quoique, dans la majorité des cas, la péritonite se manifeste d'une autre façon.

Buhl (1), Martin (2) et Förster (3) ont surtout appelé l'attention, dit M. Charpentier (4), sur l'importance de la salpyngite pour la production de la péritonite puerpérale. Toutefois il paraît maintenant bien évident, malgré le critérium donné par Förster, que la salpyngite, loin d'être la cause de la péritonite, en est le résultat. Et s'il arrive que cette inflammation soit primitive, ce n'est que dans des cas bien rares.

(1) Zeitschr. f. rat. Med., 1866, VIII, p. 106, et Klin. d. Geb. I, p. 233.
(2) M. f. G., vol. XIII, p. 11, et vol. XVII, p. 163.
(3) Wiener med. Woch, 1859, nos 44 et 45.
(4) Schröder, ouv. cit., p. 660.

L'inflammation de l'utérus peut, dans certains cas, se transmettre directement au tissu cellulaire qui l'environne, mais la paramétrite part plus généralement du point affecté, c'est-à-dire ordinairement de l'entrée du vagin et s'étend à tout le tissu cellulaire qui entoure le vagin et l'utérus. Il se produit alors dans ce tissu conjonctif un œdème inflammatoire aigu, il se tuméfie et devient un peu trouble, opaque. Cette tuméfaction devient considérable dans les cas intenses, et les mailles du tissu sont remplies par du sérum clair, ou plus souvent par une matière gélatineuse plus ou moins coagulée. On y trouve en même temps une infiltration abondante finement cellulaire du tissu conjonctif. Cet œdème aigu diffus peut s'étendre à tout le tissu cellulaire qui se trouve dans le bassin et atteindre même jusqu'aux ailes iliaques, au tissu cellulaire du périnée, au diaphragme et à une partie de la paroi abdominale antérieure, mais c'est généralement sous la portion de péritoine qui recouvre le bassin que le gonflement est le plus considérable. Enfin cette affection est susceptible de se propager jusqu'au tissu cellulaire qui accompagne les gros vaisseaux et les nerfs des membres inférieurs et d'amener un gonflement inflammatoire des cuisses connu sous le nom de *phlegmasia alba dolens*.

Dans les cas heureux et peu intenses, on voit généralement l'œdème disparaître rapidement et sans laisser de trace, ou passer à l'état d'abcès quand l'infiltration cellulaire est très-abondante en certains points limités du tissu conjonctif. Enfin il arrive que ce tissu sous-séreux passe à l'état gangréneux, dans les cas les plus graves, et qu'il soit infiltré par une sérosité trouble, colorée en rouge-brun par la matière colorante du sang

ou des produits altérés. Elle présente alors une odeur aigre, gangréneuse.

« Le tissu cellulaire peut aussi être détaché par gangrène, dit M. Schröder (1), comme nous l'avons vu dans un cas où la malade succomba à un abcès gangréneux des poumons, avec une forte péritonite généralisée en voie de régression. Le tissu cellulaire rétro-périnéal était appliqué sous le muscle psoas iliaque gauche comme un lambeau blanchâtre mortifié d'environ un pied de long, complétement libre, dans une cavité au-dessous du péritoine. »

2° Vaisseaux lymphatiques. — Dans certains cas de paramétrite, on trouve dans le foyer inflammatoire une thrombose des vaisseaux lympathiques. Souvent alors, tout l'ensemble de ces vaisseaux et des ganglions lymphatiques est admirablement injecté d'une liqueur opaque, blanche, inodore, présentant l'aspect du pus. On peut facilement suivre leur trajet, même dans les parois utérines, et ils se distinguent des veines en ce qu'ils sont généralement renflés de distance en distance et présentent des rétrécissements alternatifs; quelquefois cependant, la lymphe coagulée remplit tout le vaisseau d'une manière régulière. La thrombose des vaisseaux lymphathiques peut se produire directement par la matière infectante, mais elle est occasionnée plus généralement par l'inflammation du tissu conjonctif qui entoure ces vaisseaux.

On considère généralement la lymphangite comme une complication grave de l'affection puerpérale qui nous occupe.

(1) Ouv. cit., p. 662.

M. Virchow a déclaré le premier qu'il considérait la thrombose des lymphatiques comme un phénomène favorable, en ce que les vaisseaux thrombosés ne peuvent plus servir au transport des matières infectantes. M. Schröder partage la même opinion.

Dans les cas d'inflammation, les vaisseaux lymphatiques qui en sont le siége se dessinent parfaitement, soit à la périphérie de l'organe, soit dans le tissu cellulaire sousjacent au péritoine. Dans certains cas on ne trouve du pus que dans les lymphatiques qui siégent au milieu de l'utérus et dans les ligaments larges. Alors, les ganglions lymphatiques correspondants n'ont subi aucune altération, ni dans leur forme, ni dans leur couleur, ni dans leur consistance. Le plus ordinairement, tous les vaisseaux, depuis la matrice jusque dans les ganglions lombaires, contiennent du pus, et ceux-ci sont augmentés de volume, envahis par le travail suppuratif, et leur tissu est jaunâtre, ramolli, infiltré de pus, et se laisse facilement écraser.

Le canal thoracique renferme ordinairement un fluide transparent et semblable à la lymphe, sans qu'il y ait altération des parois du canal. On l'a cependant trouvé rempli de pus dans une certaine étendue. Nonat rapporte un cas semblable où il trouva le canal thoracique rempli de pus dans une étendue de trois pouces environ, et il ne constata cependant aucune altération des parois de ce canal. Petrel a aussi suivi le pus jusque dans le réservoir de Péquet, qui était rempli, et dans le canal thoracique, dans plusieurs autopsies qu'il dit avoir faites avec le plus grand soin. L'idée que les ganglions formeraient au passage du pus une barrière infranchissable, ne peut donc plus être admise de nos jours.

Quant aux parois de ces vaisseaux lymphatiques renfermant du pus, les observations les plus minutieuses n'y firent découvrir aucune lésion pathologique; c'est tout au plus si on les a trouvées, dans quelques cas, ramollies, amincies, transparentes et cédant à de légères tractions. Ces lésions ont été constatées par Velpeau, Dugès, Duplay, Tonnelé, Nonat, etc.; mais l'opinion de ces auteurs diffère beaucoup sur leur nature et leur origine.

Ainsi, d'après Velpeau, Dugès et Duplay, cette altération des vaisseaux lymphatiques de l'utérus serait le résultat de la résorption purulente, et les vaisseaux lymphatiques absorberaient le pus, soit dans le tissu cellulaire même de l'utérus, soit dans le ligament large, soit dans la cavité du péritoine. Tonnelé et Nonat la rattachent à la phlegmasie de ces vaisseaux.

La lymphangite utérine peut procéder de l'une ou de l'autre de ces deux causes et se développer, soit par extension de l'inflammation des parois de la matrice à celle des vaisseaux lymphatiques qui se trouvent dans leur épaisseur, soit consécutivement à l'absorption par ces vaisseaux des liquides altérés qui tapissent la face interne de l'utérus.

Ce qui prouve que l'opinion de Velpeau, Dugès et Duplay n'est pas toujours vraie, que l'absorption du pus n'est pas la seule cause de la lymphangite utérine, c'est que cette complication peut surgir dans les cas où l'écoulement lochial est complètement supprimé et la surface interne de l'utérus tout-à-fait sèche.

3° Veines utérines. — On peut observer la phlébite qui est aussi une complication de la métrite, peu fréquente cependant, et pouvant exister seule, de même que la lymphangite, sans qu'il y ait la moindre trace de métrite.

Ces vaisseaux ont alors subi des altérations plus ou moins profondes. On les trouve augmentés de volume, leurs parois sont dépolies, injectées, d'un rouge-brun, épaissies et ramollies; elles sont ordinairement remplies d'un pus épais et crêmeux qu'on voit sourdre sous forme de gouttelettes à la section de l'organe, sur le trajet des veines enflammées; ces gouttelettes sont surtout apparentes si l'on détermine une certaine pression sur les parois sectionnées de l'organe. Le tissu cellulaire environnant est infiltré de sérosité limpide, jaunâtre. Quant à l'étendue de cette lésion, elle est très-variable, occupant dans certains cas une portion très-limitée de l'utérus, par exemple le milieu seul du tissu de la matrice, elle peut aussi se montrer dans une seule moitié de l'organe ou dans tout son entier; on trouve parfois des sinus sains, n'ayant pris aucune part à l'altération, entourés de sinus enflammés. Nonat dit avoir constaté dans ses nombreuses nécropsies que le plus ordinairement cette phlébite occupe toute l'étendue des veines ovariques, depuis l'utérus jusque près de l'embouchure de la veine cave. Cet auteur a même observé des cas dans lesquels la phlébite utérine s'est propagée jusqu'aux veines hypogastriques, iliaques, crurales et même jusqu'à la veine cave; il dit aussi avoir remarqué que les veines phlogosées se rendaient à l'insertion du placenta et qu'elles s'ouvraient directement dans la cavité de l'utérus. Quant au contenu des veines malades, voici les résultats donnés par Nonat (1) et provenant d'un grand nombre d'autopsies qui ont été faites avec beaucoup de soin par cet auteur : « Leur cavité renfermait

(1) Mémoire sur la métro-péritonite simple ou compliquée, 1837.

une substance brunâtre ou jaunâtre, sanieuse ou purulente; ici l'on rencontre du pus épais, bien lié, phlegmoneux, plus loin des caillots sanguins mêlés de pus; enfin, à une plus grande distance, on aperçoit des caillots sanguins sans mélange appréciable de pus. Une seule fois, les matières contenues dans les veines utérines répandaient une odeur fétide, gangréneuse, analogue à celle des substances logées dans la cavité de la matrice » (obs. 21e de Nonat).

Quant à l'origine des veines enflammées, Nonat dit « les avoir vu partir le plus souvent de l'insertion du placenta et avoir constaté que leur ouverture était oblitérée par un caillot sanguin revêtu ou non d'une fausse membrane. Jamais elles ne lui ont paru libres et béantes à la surface interne de la matrice. »

Cette description résume parfaitement toutes les lésions qui s'observent dans cette phlegmasie veineuse.

Mais, d'où provient le pus qu'on rencontre dans les veines ?

On peut émettre ici des opinions analogues à celles qui ont été citées à propos des vaisseaux lymphatiques, à savoir : ou bien admettre que le pus a été absorbé dans la cavité utérine et rattacher les désordres fonctionnels à la résorption purulente, ou bien se rallier à l'opinion de Wilson, Breschet, Hodyson, Blandin, Dance et Nonat, pour qui ces accidents seraient le résultat de l'inflammation des veines utérines. Ces deux opinions sont admissibles, et la présence du pus dans ces vaisseaux peut dépendre de l'une ou de l'autre de ces causes. Quant au mode de développement de l'inflammation des veines utérines, il peut reconnaître deux processus différents : 1° l'extension de l'inflammation

de la surface utérine aux sinus veineux, et de là, à toute l'étendue des veines utérines et même aux veines ovariques, iliaques, crurales, etc. C'est l'inflammation primitive, mais par extension de celle de la surface interne de l'utérus.

2° La formation de caillots dans l'intérieur des vaisseaux.

Il se forme alors, dans les sinus veineux restés béants après la délivrance, des caillots qui les oblitèrent; ces caillots s'épaississent peu à peu en s'additionnant sans cesse de nouvelles couches, ainsi que l'a démontré M. Virchow. Ils s'étendent aux veines utérines qu'ils peuvent envahir et oblitérer complètement; de là, ce processus morbide envahit les veines ovariques et peut même atteindre les veines iliaques, crurales et même la veine cave inférieure. Certains auteurs, parmi lesquels on peut signaler Nonat (1), en citent des exemples.

Dans la phlébite utérine, d'après certains auteurs (2), la formation des caillots ne serait pas toujours suivie d'inflammation. Toutefois, bon nombre d'auteurs et de praticiens des plus distingués, se basant sur de nombreuses nécropsies faites avec le plus grand soin, croient pouvoir affirmer que la présence de ces caillots dans les veines y suscite toujours et nécessairement une inflammation consécutive.

L'autopsie, dans les cas où la phlébite est très-étendue, montre les veines remplies de caillots dans toute leur longueur, depuis les sinus utérins et les veines qui y prennent naissance, jusqu'aux veines ovariques, iliaques, etc., suivant l'étendue du développe-

(1) Ouvr. cité.
(2) Joulin, Traité d'accouchements, p. 1192.

ment de la thrombose. J'ai eu moi-même l'occasion d'observer ces lésions à diverses reprises dans des nécropsies que j'ai faites de femmes en couches mortes à l'hôpital St-Jean, des suites de cette terrible affection. De plus, il peut se former des caillots émigrants ou embolies, qui, si elles n'ont qu'un volume très-restreint, peuvent arriver dans le cœur d'où elles sont chassées dans l'artère pulmonaire, dans les ramifications de laquelle elles s'arrêtent, pour y former bientôt des abcès métastatiques.

On peut trouver, en un mot, toutes les lésions secondaires déterminées par l'infection purulente. Ces lésions sont caractérisées par la présence d'abcès métastatiques qui peuvent se développer, non seulement dans les poumons ainsi que nous venons de le voir, mais également dans d'autres organes parenchymateux ; on y observe en même temps des épanchements purulents et séro-purulents qui occupent les séreuses et les membranes synoviales articulaires. Dans certains cas, enfin, ces caillots sont plus volumineux et s'arrêtent soit dans le cœur lui-même, soit dans les premières ramifications de l'artère pulmonaire et déterminent ainsi la mort subite.

4° Système nerveux. — Les plexus sacrés et lombaires, et les nerfs qui en émanent, ont souvent présenté leur névrilemme fortement injecté ; mais la pulpe nerveuse est saine.

5° Péritoine. — On y trouve des produits inflammatoires, tels que épanchement d'un liquide séro-purulent, dépôt de fausses membranes, injection plus ou moins prononcée des vaisseaux sous-séreux, ce qui donne au péritoine un aspect pointillé, granulé. Quant à l'épan-

chement, il est général ou partiel et peut occuper toute la cavité abdominale ou se limiter à celle du bassin; mais il existe constamment autour de la matrice. On observe en effet la *pelvi-péritonite* ou la *péritonite généralisée*.

La quantité de liquide épanché est très-variable et peut être de quelques onces seulement, ou atteindre la capacité d'un litre et même davantage. L'aspect de ce liquide est ordinairement celui du sérum du lait non clarifié, et il se compose d'une partie liquide qui est constituée par une sérosité jaune, citrine, limpide ou trouble, et d'une partie solide représentée par des flocons blancs, fibrineux, surnageant en plus ou moins grande quantité dans la sérosité. Quelquefois l'épanchement est opaque et ne renferme pas de flocons puriformes; enfin il présente, mais rarement, un aspect rougeâtre, mêlé de stries blanchâtres, et contient alors du pus et du sang. Ce liquide épanché dans le péritoine a été analysé par divers physiologistes et pathologistes, entr'autres par Schwilgué et Dupuytren, et tous sont arrivés à des résultats identiques, à savoir qu'il y existe une grande quantité d'eau, de l'albumine, de la fibrine, quelques substances salines, et un acide libre qui paraît être l'acide chlorhydrique.

Les partisans de la théorie des métastases laiteuses y ont vainement recherché la présence des éléments du lait, et ont vu ainsi s'éteindre bientôt, devant l'observation des faits, cette opinion frivole qui n'avait pas tardé à rencontrer de nombreux contradicteurs.

Du reste, il est bien démontré qu'on peut trouver tous les mêmes éléments dans l'épanchement peritonéal consécutif à l'inflammation de cette séreuse, en dehors

de tout état puerpéral, et tout aussi bien chez l'homme que chez la femme.

Les fausses membranes s'étendent sur tous les organes; elles sont généralement jaunâtres, épaisses, d'une consistance molle, faciles à détacher et formées de fibrine coagulée. Elles recouvrent la surface interne du péritoine, et surtout les circonvolutions intestinales dont les anses contractent entre elles des adhérences plus ou moins intimes, suivant l'ancienneté de la maladie. Ces produits de l'inflammation peuvent établir des adhérences autour de l'épanchement qui peut même constituer un véritable foyer purulent, quand sa quantité est assez limitée. Les intestins ont alors contracté entre eux des adhérences très-intimes, adhérences qui existent non seulement entre les diverses parties de l'intestin, mais encore avec les autres organes du bassin qui sont réunis par des produits membraneux plus ou moins lâches. Il peut ensuite s'y produire différents désordres par suite des déplacements que subissent ces organes consécutivement aux rétractions cicatricielles. Ces fausses membranes peuvent subir diverses modifications organiques et même se vasculariser; parfois aussi elles se présentent sous forme de granulations. Ces transformations se rencontrent surtout dans les cas chroniques. Cette séreuse peut également contenir des gaz; il y a alors météorisme plus ou moins prononcé.

Quant au péritoine lui-même, il ne présente aucune altération, seulement les vaisseaux sous-séreux offrent une injection pointillée, remarquable surtout au niveau des intestins, injection qui donne à cette séreuse un aspect rosé plus ou moins intense; elle est partielle ou générale. Le tissu cellulaire sous-jacent au

péritoine est fortement injecté sur une étendue en rapport avec l'intensité des phénomènes observés pendant la vie. Cette vascularité est moins évidente et disparaît même partiellement dans les cas d'épanchement péritonéal.

Dans les cas les plus graves, c'est-à-dire quand il y a paramétrite purulente, au lieu d'un exsudat fibrineux, on trouve dans le péritoine une sécrétion claire, brunâtre, d'une odeur fétide, et l'intestin présente à sa face externe un aspect violacé analogue à celui qu'on observe dans les hernies étranglées. Ces cas sont toujours mortels. Si au contraire l'exsudat est séreux, simplement fibrineux ou purulent, il peut y avoir guérison, soit par résorption de l'exsudat, soit par formation d'un kyste ou par épaississement progressif aboutissant à l'isolement complet du liquide exsudé.

Enfin, les foyers purulents peuvent s'ouvrir dans l'intestin et les matières fécales s'épancher dans l'abcès, ce qui détermine généralement une péritonite purulente d'une haute gravité.

C'est dans ces circonstances que l'on voit parfois la mort survenir rapidement, alors que la maladie était en voie de guérison.

Lorsque la péritonite est généralisée, elle s'est produite généralement par propagation de la paramétrite et de la pelvi-péritonite, mais elle peut aussi se produire par ichorrhémie. Enfin, elle peut provenir, dans certains cas rares, d'une endométrite, dont l'inflammation se propage jusqu'au péritoine par le parenchyme utérin ou par les trompes.

Quant à la *pelvi-péritonite*, ce n'est généralement qu'une irritation inflammatoire du péritoine sans forte

exsudation, comme le fait observer M. Schröder. Quelquefois, cependant, il se forme des pseudo-membranes, qui déterminent l'agglutination des organes du bassin qui peuvent être déplacés par suite de la cicatrisation. Si l'inflammation est plus intense, il se produit généralement des foyers purulents intra-péritonéaux enkystés susceptibles de se résorber lentement, ou bien la péritonite tend à se généraliser.

Toutes les lésions pathologiques qui ont été décrites ici peuvent s'observer dans la *péritonite généralisée* qui, dans les cas légers et récents n'est guère marquée cependant que par une forte injection de la séreuse, surtout de la partie qui recouvre l'intestin et par la présence de quelques fausses membranes lâches qui réunissent entre eux les organes abdominaux. Généralement alors l'exsudat est très-minime également.

6° L'*ovarite* s'observe aussi dans les cas de paramétrite intense, grâce à la continuité qui existe entre les ovaires et le tissu conjonctif.

Généralement alors les ovaires sont injectés, ramollis, friables ou même infiltrés de pus, enfin on les a vus transformés en une poche purulente, leurs éléments étant complétement détruits et méconnaissables. Dans ce dernier cas, si on les incise, tout le contenu s'écoule sous forme d'une sérosité plus ou moins épaisse et analogue à celle des kystes. Quant à leur volume, il peut, dans ce cas, devenir considérable et atteindre même celui d'une tête d'adulte, surtout lorsqu'il s'y forme des abcès, abcès qui souvent s'ouvrent à l'extérieur ou dans les organes du voisinage auxquels ils sont soudés.

7° Indépendamment de ces lésions, dont les unes

appartiennent nécessairement à la métro-péritonite puerpérale, tandis que les autres en constituent les complications les plus fréquentes, on peut trouver encore, dans des organes plus ou moins éloignés de ceux-ci, des lésions secondaires qui sont des complications moins importantes et plus indirectes de l'affection qui nous occupe. C'est surtout du côté des séreuses qu'on observe ces lésions secondaires, et la *plèvre* tout particulièrement est la plus souvent affectée. Elle présente, dans ces cas, une singulière tendance à l'épanchement qui est séreux ou séro-fibrineux (Chomel en cite un exemple (1)), mais contient le plus ordinairement du pus et même du sang, du moins dans les cas intenses et à une période déjà avancée de la maladie. Le *péricarde* présente souvent des lésions analogues. C'est généralement par voie de continuité que l'inflammation se communique du péritoine à ces séreuses en franchissant le diaphragme.

L'inflammation cellulaire peut même s'étendre aux bronches; on voit alors le tissu cellulaire qui les environne s'infiltrer d'une matière gélatineuse. Par voie de continuité, on voit parfois aussi survenir l'inflammation interstiticielle des poumons; on arrive ainsi à cette forme de pneumonie que Buhl a appelée pneumonie interlobulaire et qu'il a observée surtout chez les nouveaux-nés infectés. M. Schröder dit l'avoir rencontrée également chez une femme atteinte de fièvre puerpérale. Cette pneumonie présente aussi une grande tendance à l'infiltration purulente. Toutefois, la pleurésie et la pneumonie semblent être déterminées, dans

(1) Gazette des Hôpitaux, nº 8. Hôtel-Dieu, 1843.

la plupart des cas, par de l'ichorrhémie ou de la pyoémie. La pleurésie est encore quelquefois occasionnée par la rupture ou même par la simple propagation de l'inflammation d'un foyer embolique pulmonaire, ou par une pneumonie ordinaire.

M. Schröder a vu une fois la pleurite succéder à l'ouverture d'un abcès purulent de la rate dans la cavité pleurale (1).

L'inflammation des membranes du cerveau s'observe beaucoup plus rarement que les lésions dont il vient d'être question.

Quand elle existe, la dure-mère est recouverte d'une couche fibrineuse, purulente, gélatineuse. La pie-mère présente des altérations qui varient de l'injection simple et un léger trouble œdémateux à la méningite purulente.

Dans un cas, dit M. Schröder (2), M. Virchow trouva aussi un trouble purulent dans la corne postérieure du ventricule latéral gauche.

Complications dépendant de la pyoémie et de l'ichorrhémie :

Après les séreuses, ce sont les membranes *synoviales articulaires*, et surtout celles du genou et de l'épaule, qui sont les plus disposées à subir ces altérations pathologiques. Souvent aussi l'épanchement y est purulent, et le pus accumulé dans l'articulation peut se frayer une ouverture et s'épancher sous les parties molles qu'il envahit alors dans une certaine étendue.

M. Schröder (3) dit avoir trouvé, dans un cas, du pus

(1) Ouvrage cité, p. 669.
(2) Ouvr. cit., p. 669.
(3) Loc. cit.

dans l'articulation de l'épaule sans que l'articulation elle-même fût prise. L'*endocarde* est souvent aussi le siége de certaines lésions, telles que : injection fine de la séreuse, et au-dessous d'elle, des ecchymoses qui s'étendent jusqu'à la tunique musculaire. M. Schröder fait observer qu'il se produit aussi parfois une prolifération papillaire de l'épithélium et des ulcérations des valvules, ce qui peut être le point de départ de la formation d'embolies. Ce même auteur (1) dit « avoir vu une endocardite circonscrite produite par ce fait qu'un thrombus en décomposition était resté placé sous le lobule interne de la valvule mitrale. »

Dans les poumons, on trouve également, dans les cas de septicémie et d'ichorrhémie, des abcès et des infarctus emboliques qui peuvent se diviser et pénétrer dans les fines branches de l'artère pulmonaire ; exceptionnellement ils atteignent un volume tel qu'ils s'arrêtent dans les plus grandes branches de celle ci.

Les poumons présentent également dans ces cas des pueumonies icchorrhémiques lobaires et lobulaires. L'exsudat est ordinairement séro-fibrineux et de couleur louche. Dans la plupart des cas, plusieurs lobes sont envahis simultanément et dans une partie plus ou moins limitée de leur étendue. Dans les cas où l'exsudat est de couleur louche, et quand il y a pneumonie purulente, on voit fréquemment survenir la gangrène pulmonaire.

Quant aux membranes séreuses et synoviales, les lésions pathologiques que l'on y observe généralement dans la pyoémie et l'ichorrhémie ont été énumérées précédemment. La *rate* subit aussi diverses altérations,

(1) Ouvr. cit. p. 670.

telles que augmentation de volume et ramollissement plus ou moins prononcé de la pulpe qui peut devenir d'un brun-grisâtre. Quelquefois il y existe des infiltrations lobulaires de nature ichorrhémique et même des foyers emboliques.

Le *foie* présente souvent aussi certaines altérations. On y trouve, dit M. Schröder, outre les embolies, depuis la tuméfaction trouble commençante des cellules jusqu'à leur destruction complète, tous les stades de l'atrophie aiguë. Généralement cette altération est disséminée en divers points assez limités du foie, à côté de parties relativement ou complètement intactes.

Cette lésion se manifeste sous forme de taches jaunes très-nombreuses, d'un volume variable, qui sont surtout apparentes vers la périphérie de l'organe. Si l'on y fait des sections, on rencontre des parties claires répandues d'une manière diffuse dans le parenchyme brun du foie.

On trouve encore dans les *reins*, des foyers amboliques et d'autres inflammations diffuses ou circonscrites. L'épithélium des canalicules urinaires est souvent infiltré de graisse et détruit, et l'on observe dans la couche corticale des dégénérescences graisseuses très-limitées, analogues à celles que nous avons rencontrées dans le foie.

Buhl a signalé l'inflammation parenchymateuse du *pancréas* qu'il rencontra une fois; de même que dans le foie, les cellules glandulaires étaient détruites.

La *parotide*, les *mamelles* et les strumes de la *glande thyroïde* peuvent être le siége d'inflammations purulentes et gangréneuses. On observe encore l'inflammation des *yeux* qui reconnaît le plus souvent pour cause l'embolie. Le gonflement des paupières avec hypérémie et hémorrhagie en est le point de départ.

La cornée et l'iris deviennent troubles, il se forme du pus, la cornée se brise et la maladie se termine par phthisie du bulbe de l'œil.

Les *ganglions lymphatiques* et tout particulièrement ceux de l'aisselle et de la région inguinale, passent souvent à suppuration à une époque plus avancée de la maladie.

Les *muscles* et le *tissu cellulaire*, surtout aux membres, sont également le siége d'inflammations suppuratives déterminées surtout par des embolies. Le pus qui s'y forme est ordinairement pur, mais quelquefois, dit M. Schröder (1), « ces faisceaux primitifs du muscle se détruisent (même au cœur) en une sorte de détritus moléculaire, et dans le tissu cellulaire cela donne lieu précisément à des plaies circonscrites ramollies, qui s'ouvrent et laissent écouler une sanie claire, mêlée de lambeaux mortifiés. Mais les tuméfactions aiguës du tissu cellulaire peuvent aussi subir la régression. »

L'*intestin* est affecté d'inflammation catarrhale avec hémorrhagie, même sans qu'on ait eu recours au calomel, et l'on y trouve également des ulcérations de la muqueuse provenant de points infiltrés par du sang. Cette dernière forme d'ulcération, dit M. Schröder, suite de la destruction avec hémorrhogie de la couche sous-muqueuse, se rencontre aussi dans la *vessie*.

Quelquefois il existe une véritable entérite diphtéritique.

Enfin, la *peau* peut devenir le siége d'inflammations qui se manifestent sous forme d'hypérémies circonscrites ou de pustules. L'érysipèle, d'après M. Schröder, se

(1 Ouvrage cité, p. 671.

produit presque toujours par infection directe, ou il provient du point primitivement infecté du vagin, ou par transmission du point lésé. Le même auteur l'a vu deux fois partir d'une excoriation de la narine gauche.

Toutefois, « l'expérience apprend, dit M. Schröder (1), que dans les cas d'infection septique intense, la mort peut survenir très-rapidement sans qu'à l'autopsie on trouve d'autres altérations visibles à l'œil nu qu'un état du sang sombre, non coagulable, et des ecchymoses dans différents tissus. Mais si l'on examine au microscope la fine structure de chacun des organes, on trouve les débuts d'une dégénérescence inflammatoire, une inflammation finement granulée (ce que l'on appelle la tuméfaction trouble), de la dégénérescence graisseuse ou même déjà la destruction des cellules. Comme de plus il est prouvé par les expériences d'Otto Weber, de Billroth et autres, que les matières septiques ont des propriétés pyrogènes et physiologiques, c'est-à-dire sont capables de déterminer la fièvre et des inflammations locales, on voit qu'on peut admettre que dans ces cas de septicémie aiguë, la quantité des matières septiques absorbées a pu être assez considérable pour que le sang conserve ces propriétés phlogosiques, c'est-à-dire pour qu'il soit en état de déterminer des phénomènes inflammatoires partout où il parvient. Cette inflammation générale de tout l'organisme, et spécialement des organes dont le fonctionnement doit être intact pour que la vie soit conservée, peut amener la mort, avant que des altérations appréciables aient pu se produire dans

(1) Ouvr. cité, p. 664.

les organes isolés. On ne trouve par conséquent dans ces cas, pendant la vie, que des troubles fonctionnels des organes, et après la mort, que le début d'une inflammation parenchymateuse dans chaque organe, c'est-à-dire la tuméfaction trouble des cellules. »

« C'est très-vraisemblablement parmi ces cas, dit M. Charpentier (1), qu'il faut ranger les faits sur lesquels Hecker a récemment appelé l'attention, et dans lesquels la mort survient assez inopinément, très-rapidement après l'accouchement et où à l'autopsie on n'observe que des inflammations parenchymateuses, ou une dégénérescence graisseuse aiguë des grandes glandes abdominales, ou du tissu musculaire du cœur, avec de nombreuses ecchymoses dans les différents organes. L'autopsie concorde si exactement avec les formes les plus aiguës de la septicémie, que les symptômes relativement faibles qui dans ces cas ont été observés pendant la vie, et l'absence de la preuve de l'infection, ne peuvent pas être invoqués comme preuves sérieuses du contraire (2). »

Une complication très-importante et assez fréquente de la métro-péritonite puerpérale est le développement des phlegmons dans les fosses iliaques et dans les ligaments larges. Cette complication a été étudiée avec soin, déjà au commencement du siècle dernier par Puzos qui, s'aidant des nombreuses observations recueillies par Mauriceau et Delamotte, la décrivit sous le nom de *dépôts laiteux*. En 1770, Morisot-Deslandes, publiant

(1) Même ouvrage, p. 665.
(2) Voy. Hecker, M. F. G., vol. XXIX, p. 321 et vol. XXXI, p. 197 et Poppel, e., e., vol. XXXII, p. 197.

le livre d'accouchements de Puzos, y traita cette question d'une manière assez étendue. Plus tard parurent sur ce sujet les travaux de Plancher, Deleurye et Antoine Petit.

Dans ces derniers temps, ces phlegmons furent également étudiés avec soin par Dance, Ménière, Husson, Dupuytren, Grisolle, etc.

CAUSES.

Les causes sont nombreuses et très-variées. On peut les diviser en *essentielles*, *déterminantes* et *prédisposantes*.

1° Il faut considérer sous le nom de *causes essentielles* celles qui sont directement en rapport avec l'affection qui nous occupe : tels sont l'accouchement et l'avortement. Dans ces deux cas, en effet, toute la face interne de l'utérus forme une véritable plaie qui est surtout profonde au lieu d'insertion du placenta. Cette plaie devient le siége d'une inflammation légère, physiologique, si l'on peut se servir de cette expression, analogue à celle qui se développe naturellement dans toutes les plaies en général et qui est nécessaire pour en amener la cicatrisation. Mais cette inflammation peut ne pas s'arrêter là, augmenter d'intensité, sous l'influence de causes qui seront spécifiées plus loin, soit qu'elle atteigne seulement la surface interne des parois utérines

et constitue ainsi l'endo-métrite ou métrite muqueuse ou catharrale; soit qu'elle envahisse zône par zône les parois de l'utérus, de manière à amener la métrite parenchymateuse dans laquelle il y a augmentation du volume et du poids de l'organe, et à s'étendre finalement, si l'inflammation ne se limite pas, aux couches périphériques de l'organe et par conséquent au péritoine péri-utérin, par voie de contiguité.

Or les séreuses, de même que la peau, ont une grande tendance à l'extension de l'inflammation; aussi la péritonite se généralise-t-elle avec la plus grande facilité. C'est pourquoi le médecin doit toujours avoir toute son attention portée sur l'organe de la génération, chez les nouvelles accouchées, afin de s'efforcer de prévenir tous les accidents qui pourraient résulter d'une inflammation intense devant laquelle la meilleure thérapeutique devra échouer dans la plupart des cas, tandis que si l'on en saisit les premiers symptômes, un traitement rationel pourra souvent en faire justice et mener à bonne fin cette affection capable de devenir tout-à-fait pernicieuse en restant méconnue dès le début.

Outre la plaie placentaire, il existe généralement de légères déchirures, soit dans le vagin, soit sur le col utérin, déchirures qui peuvent être le point de départ de l'infection.

Causes déterminantes ou secondaires. — Ce sont celles qui viennent augmenter l'inflammation physiologique qui existe dans les plaies vaginales et utérines, au point de la faire passer à l'état pathologique et de lui faire revêtir un caractère plus ou moins grave.

Parmi ces causes nous signalerons tout d'abord le refroidissement soudain, surtout quand on est en trans-

piration, l'action directe du froid ou de l'humidité; un courant d'air. Ces causes peuvent cependant déterminer l'inflammation de tout autre organe que celui de la génération et donner lieu à d'autres affections puerpérales que la métrite ou la métro-péritonite. Et si ces deux affections sont les plus fréquentes, c'est que les causes morbides agissent naturellement de préférence sur l'organe qui est le plus prédisposé à l'inflammation, c'est-à-dire sur l'utérus. On sait, du reste, que le refroidissement soit des pieds, soit du ventre, peut aussi faire éclater facilement la péritonite chez les femmes bien portantes et en dehors de tout état puerpéral, et même la métrite et la métro-péritonite, surtout si ce refroidissement survient pendant la période menstruelle ou peu de temps avant l'apparition des règles ou après leur cessation.

Viennent ensuite les écarts de régime; les difficultés que présente l'accouchement, les manœuvres et les opérations obstétricales occasionnées par les obstacles à la parturition, ou nécessaires à l'obtention de la sortie du délivre; le traumatisme de l'organe utérin, etc. Le traumatisme de l'utérus peut d'ailleurs déterminer l'inflammation de cet organe en dehors des couches.

Les déchirures du col utérin dont il a déjà été question plus haut, surtout si elles sont profondes, constitueraient, d'après Willemin et plusieurs autres auteurs, une des causes les plus puissantes de l'affection qui nous occupe, c'est Willemin qui semble avoir, le premier, indiqué cette cause d'une manière formelle. Il en est de même des déchirures que présente le vagin, déchirures qui siégent surtout à l'entrée de cet organe.

Ces petites plaies, en effet, sont autant de voies ouvertes à l'infection qui peut se produire facilement par le toucher vaginal fait imprudemment après avoir touché une femme malade ou pansé une plaie, surtout si les liquides sécrétés par celle-ci sont altérés et infects. Ou bien encore par le contact direct de la main, après avoir fait une nécropsie, si l'on n'a pas eu soin de procéder à des lavages successifs, même au moyen de liquides désinfectants. Et malgré toutes ces précautions et tous les soins de propreté nécessaires, on ne l'évite même pas toujours dans ces conditions.

Toutefois, les lochies altérées peuvent devenir elles-mêmes la cause de la métro-péritonite puerpérale (auto-infection), quand cette altération est réellement primitive, antérieure au développement de la maladie, et qu'elle reconnaît pour cause, soit la désorganisation, la putréfaction de débris de placenta retenus dans l'utérus, soit le contact de matières putrides ou le manque de propreté, soit enfin le séjour dans un milieu malsain, infect.

Mais de toutes les causes qui viennent d'être énumérées, une des plus fréquentes et des plus certaines est celle qui consiste dans le transport direct du poison infectant par les mains sur les plaies fraîches et bien disposées à l'absorption, après avoir touché des matières septiques; que ces matières proviennent soit de l'organisme d'une femme atteinte d'affection puerpérale, soit d'un cadavre, soit d'un érysipèle, soit d'une plaie quelconque dont la suppuration est altérée et infecte. Et si l'on se rappelle que, même après des lavages scrupuleux et répétés, les doigts et les instruments qui ont été mis en contact avec les matières septiques conservent encore

longtemps l'odeur caractéristique, on ne sera nullement étonné qu'ils puissent encore infecter l'organisme des parturiantes. Cette persistance de l'odeur prouve en effet que quelques parcelles de matières septiques continuent à y adhérer néanmoins.

De plus, non seulement le doigt peut mettre les matières septiques en contact avec les plaies fraîches des parties génitales, mais encore les instruments, puis les éponges ou les linges qui servent au lavage des organes générateurs. L'air peut sans doute aussi transporter les matières septiques, non sous forme de miasmes gazéiformes, mais comme petites particules organiques qui s'y trouvent suspendues, et les mettre ainsi en contact avec les plaies fraîches. Toutefois, ce mode d'infection n'est pas bien démontré.

Quant aux sources d'où proviennent ces matières infectantes, elles sont bien différentes les unes des autres, et l'on peut dire d'une manière générale qu'elles se forment partout où il y a décomposition des matières organiques. Telles sont, par exemple, et avant tout, les matières sécrétées par les organes génitaux des femmes en couches malades et quelquefois même de femmes bien portantes; puis les matières cadavériques, le pus d'une plaie suppurante surtout dans le cas où ce pus est altéré et de mauvaise nature; enfin, les néoplasmes en voie de décomposition.

Simpson rapporte à ce sujet le cas suivant : « Un médecin, à Leith, fit l'autopsie d'une femme morte d'un abcès du bassin. Dans les 50 premières heures après l'autopsie, il fut appelé pour cinq cas obstétricaux. Dans quatre, il survînt de la fièvre puerpérale immédiatement, et dans un cas où la femme guérit, l'accouchement était fait avant son arrivée. »

« Hutchinson (1) a publié le fait suivant : deux médecins vivant séparés l'un de l'autre, par une distance de dix milles anglais, traitaient dans un endroit situé entre leurs demeures respectives un individu atteint d'un érysipèle phlegmoneux. Tous les deux, dans une visite faite au malade, explorèrent avec soin, avec la main, le membre malade et surtout le point gangréné; or chacun de ces médecins, dans les trente ou quarante premières heures qui suivirent, accoucha une femme dans sa localité respective, et ces deux femmes furent prises de fièvre puerpérale et moururent.

« Robertson rapporte à propos de l'épidémie de 1830, à Manchester : la sage-femme B. accoucha, le 4 décembre 1830, une femme pauvre qui succomba rapidement à la fièvre puerpérale. A partir de ce jour jusqu'au 4 janvier, c'est-à-dire juste pendant un mois, cette même sage-femme accoucha 30 femmes dans différents points d'un faubourg très-étendu, et de ces 30 femmes, 16 furent atteintes de fièvre puerpérale et succombèrent. C'était les premiers et les seuls cas qui depuis longtemps avaient été observés à Manchester. Les sages-femmes de la ville, ordinairement au nombre de 25, firent par semaine en moyenne 90 accouchements, et de ces 380 accouchées pas une ne fut malade, sauf précisément celles qui furent traitées par la sage-femme en question. »

M. Schröder (2) rapporte un cas d'infection provenant d'un bubon phagédénique et d'une hernie étranglée gangrénée; et un autre dépendant d'une gangrène du scrotum.

« Nous mêmes, dit M. Charpentier (3), nous avons

(1) Schröder. Ouv. cité, p. 652.
(2) Eodem loco.
(3) Ouvr. cit., p. 653.

observé la transmission par une fracture compliquée de la jambe, avec gangrène des parties molles, et par un œuf abortif à demi dégénéré, et nous avons eu à différentes reprises, occasion d'observer la transmission de la clinique à la polyclinique. Les lochies des accouchées, même saines, continue cet auteur, peuvent se décomposer de telle sorte qu'elles peuvent incontestablement déterminer l'infection. »

Werdmüller (1), Mair (2), Steberger (3), Kaufmann (4), Stage (5), Spiegelber (6) et Olshausen (7), ont publié des cas de propagation d'affections graves par des sages-femmes.

Quant au poison infectant, les auteurs sont loin d'être d'accord sur sa nature. D'après les travaux de Beckling-hausen, Waldeyer, Klebs, Huter, etc., les bactéries joueraient là un grand rôle. Mais M. Schröder (8) fait remarquer « qu'on n'a pas encore établi d'une façon précise s'ils agissent mécaniquement par leur pénétration en quantité considérable dans les tissus, ou s'ils n'agissent pas plutôt en donnant lieu à la decomposition des parties constituantes normales du corps. »

« La *fièvre puerpérale* consiste par conséquent, dit le même auteur, dans un empoisonnement par matières septiques provenant des voies génitales. Donc, ce qui doit être avant tout bien établi, c'est que la fièvre

(1) M. F. G., vol. XXV, p. 293, voy. Boehr, vol. XXXII, p. 409.

(2) Bair. örzl. Intelligenzblatt, 1865, nº 19, p. 269.

(3) M. F. G. vol. XXVII, p. 300.

(4) M. F. G. vol. XXIX, p. 246.

(5) Under Sögelser, etc. Kjöbenhavn, 1868, voy. Virchow-Hirsch'scher Jahresbericht über 1862, vol. II, part. 3.

(6) Ueber d Wesen des Puerperalfiebers in Volkmann's Sammlung. Klin. Vortr. Leipzig, 1870, nº 3.

(7) Voy. Volkmann's Samml. Klin. Vortr. nº 28, p. 242.

(8) Ouvr. cit., p. 653.

puerpérale n'est pas par elle-même une maladie spécifique. Partout où les produits des matières organiques en voie de décomposition pénétreront dans les tissus, nous verrons les mêmes symptômes se reproduire dans leurs points essentiels. La fièvre puerpérale est donc un état tout-à-fait identique avec ce que l'on observe si souvent dans les cliniques chirurgicales sous les noms divers de phlegmons, pyémie, ichorrhémie et septicémie. Il n'y a pas de différence spécifiques ; évidemment il peut y avoir des différences dans les symptômes, mais elles tiendront uniquement, en grande partie, au lieu particulier où se fera l'infection, en petite partie aux altérations des voies génitales dans les suites des couches.

» Les infections par produits septiques provenant des voies génitales ne se rencontrent habituellement que dans les salles de couches. Ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'on les voit survenir à la suite d'opérations pratiquées sur les voies génitales ; mais alors elles ont exactement les mêmes conséquences que les infections survenant dans les suites de couches, comme le prouvent les cas extrêmement intéressants publiés par Buhl (1). Il rencontra chez deux filles qui avaient subi l'épisiorhaphie, et chez deux autres où la portion vaginale du col avait été amputée pour un carcinome, des altérations identiques avec celles que produit la fièvre puerpérale (2). Nous avons eu nous-mêmes occasion d'observer des faits analogues.

» Que la fièvre puerpérale n'ait rien de spécifique, c'est ce que prouve encore le fait que l'infection septique a pu être transmise à des accouchées par des

(1) M. f. G. vol. XXIII, p. 303.
(2) Voyez aussi Martin, Bul. Klin. W. 1871, n. 32, p. 375.

femmes malades d'un érysipèle phlegmoneux, ou des plaies suppurantes ou gangrénées, et que ces accouchées ont été atteintes de fièvre puerpérale. De plus, il existe des observations prouvant que dans une division servant aux accouchements, au moment où règnait la fièvre puerpérale, de petites excoriations qui se rencontrent chez les femmes enceintes ou chez les gardes qui se trouvaient en contact avec les accouchées ont eu pour conséquence des érysipèles phlegmoneux. Les matières septiques peuvent aussi être transmises aux nouveaux-nés par la plaie ombilicale et avoir pour conséquences, chez ces nouveaux-nés, des érysipèles de la paroi abdominale, la décomposition du thrombus des vaisseaux ombilicaux, et même l'inflammation du péritoine et du tissu cellulaire sous-péritonéal et des métastases ichorrhémiques dans d'autres organes. Très-souvent aussi on voit chez les nouveaux-nés, pendant les épidémies puerpérales, des phlegmons avoir pour point de départ de petites plaies excoriées des mains ou des pieds.

« Nous voyons par conséquent, d'une façon évidente, que le poison septique entraîne essentiellement toujours les mêmes conséquences, puisqu'il donne lieu à des formes d'inflammations malignes et progressives, se traduisant dans la peau par des érysipèles, dans le tissu cellulaire par des phlegmons, dans les séreuses par des inflammations fibrino-purulentes, dans les organes paranchymateux par la destruction des éléments cellulaires; et nous pouvons, par conséquent, considérer la fièvre puerpérale, ou mieux l'infection septique, comme éminemment contagieuse, en ce que le poison mis en contact avec une plaie libre, a toujours pour conséquence

la production d'une inflammation qui tend constamment à faire des progrès et à prendre un caractère malin.

» Il est évidemment, d'un autre côté, incontestable que la marche du procès maladif présente des différences essentielles, suivant la variété de la plaie, la nature des parties molles qui avoisinent cette plaie, et suivant la constitution des individus. Il nous semble en outre incontestable que chez les accouchées, l'infection septique se produit bien plus facilement et conduit bien plus régulièrement à des suites fâcheuses que chez les blessés chirurgicaux. Cela peut bien dépendre de ce que chez les accouchées les phlegmons envahissent avec une extrême facilité le péritoine et y développent des péritonites mortelles, tandis que chez les blessés aux membres les phlegmons ne se propagent pas facilement jusqu'à des points si dangereux ; et que, d'un autre côté, le tissu conjonctif qui se trouve autour du vagin et de l'utérus et qui chez les femmes qui viennent d'accoucher est ramolli et très-apte à la résorption, présente une tendance particulière à propager les matières septiques. »

Semelweis (1) considère aussi l'infection directe comme une des causes principales de la métro-péritonite puerpérale.

3° Causes prédisposantes ou éloignées. — Les conditions atmosphériques extérieures ont-elles une action réelle sur la production de la métro-péritonite puerpérale? C'est là une question qui a occupé pendant longtemps bon nombre d'accoucheurs remarquables, parmi lesquels il faut citer Doublet, Chaussier, Dugès, Baudelocque, etc., qui se sont livrés aux recherches les

(1) Zeitschrift der K. K. Gesellschaft der Aerzte zu Wien, 1847.

plus minutieuses sur les variations de température qui existent au moment des épidémies comme après leur cessation. Les opinions les plus diverses ont été alors agitées dans le monde médical, et la science ne retira qu'un bien faible avantage des nombreuses dissertations sur le froid et l'humidité opposées à la chaleur, dans la production des accidents morbides.

Si l'on s'en réfère à la statistique, on voit que bien évidemment les suites des couches sont plus fâcheuses dans les pays froids que dans les pays chauds et tempérés. Bien plus, il est prouvé que les cas de métro-péritonite puerpérale sont surtout fréquents pendant les saisons froides et humides, et que c'est alors qu'on voit ordinairement cette affection éclater sous forme épidémique. Ceci dépend sans doute uniquement de ce que, dans ces conditions, la parturiante est beaucoup plus exposée au refroidissement.

On a constaté d'une manière bien évidente encore, sans pouvoir toutefois s'en rendre compte, l'influence pernicieuse de quelqnes localités sur le développement de ces épidémies. C'est ainsi que les salles de maternité dont l'air se trouve souvent trop confiné et vicié, soit par la réunion d'un grand nombre de femmes et l'encombrement des salles, soit par le voisinage des pavillons d'anatomie ou des salles de malades, soit par l'odeur infecte qui émane des égouts de l'intérieur de l'hôpital, peuvent constituer un foyer d'infection très-favorable au développement et à l'extension des maladies infectueuses. Toutefois on a souvent exagéré cette influence, et s'il est vrai que cette affection est plus fréquente dans les salles de maternité, il n'en est pas moins certain qu'on les trouve aussi et même à l'état

épidémique, parmi les femmes qui s'accouchent dans leur propre demeure et qui ne sont nullement soumises à ces conditions désavantageuses.

Certains auteurs ont été jusqu'à prétendre que les cas de métro-péritonite puerpérale qu'on rencontre chez les femmes de la ville étaient dus à la contagion apportée par le médecin à ses clientes, après avoir traité, à la Maternité, des femmes atteintes de cette affection. Cette opinion, quoique vraie dans certains cas, est cependant exagérée, car on a vu souvent de nouvelles accouchées être atteintes de cette terrible maladie sans avoir jamais eu aucune relation avec un médecin qui fréquente la clinique d'accouchements, même après n'avoir été aidées pendant le travail que par une sage-femme.

Que cette affection, tant à l'état sporadique qu'à l'état épidémique, soit beaucoup plus fréquente et plus meurtrière dans les maisons d'accouchements qu'en ville, personne ne le contestera, et il en est de même de toutes les affections, et surtout des maladies épidémiques en général ; mais cela dépend principalement des mauvaises conditions hygiéniques qu'on y rencontre et de la facilité avec laquelle l'infection directe s'y produit. Danyau prétend que cette affection éclate souvent, en temps d'épidémie, en ville d'abord et n'atteint que consécutivement les salles de Maternité.

Enfin Trousseau (1) fait remarquer qu'en temps d'épidémie de cette affection, l'influence épidémique retentit non seulement sur les femmes en couches, mais sur toutes les personnes qui entourent ces femmes malades, surtout si, elles-mêmes, elles ne sont pas bien portantes

(1) Séance du 16 Mars 1858, Acad. de Paris.

ou ont quelque prédisposition à des maladies. Les opérés, les blessés, même dans les salles où il n'y aurait aucune femme atteinte d'affection puerpérale, sont exposés à des accidents très-graves, et la plus petite opération serait alors à craindre, d'après Nélaton. Certains auteurs ont aussi invoqué l'arrêt ou l'altération des lochies, confondant ainsi l'effet avec la cause. Au reste, les lochies ne sont pas souvent supprimées dans la métro-péritonite puerpérale. Sur 89 cas rapportés par Dugès, il n'y en eut que 25, dans lesquels les lochies furent supprimées. Dans l'épidémie dont Ch. Dubreuilh fils fut témoin à Paris, les lochies ne continuaient pas moins leur marche régulière et accoutumée; et il y avait quelquefois diminution, rarement entière suppression ( ).

4° Une circonstance étiologique qui a été signalée surtout par Chomel et Willemin, consiste en ce que les pauvres ouvrières, pressées de retourner à leurs travaux, sortent de la Maternité, bien avant le temps nécessaire au retrait régulier de l'utérus, et quelquefois malgré leur état de souffrances.

Il est encore d'autres causes prédisposantes parmi lesquelles on trouve surtout : l'existence antérieure d'une métrite ou d'une métro-péritonite ayant disparu ou persistant à l'état chronique; la débilité produite par la misère, les privations, une nourriture insuffisante, une mauvaise habitation, les chagrins, la débauche et l'excès de travail; la longueur du travail parturitif, les accidents survenus pendant ou après les couches, et en première ligne les hémorrhagies utérines, etc.; l'imprudence des femmes qui se lèvent dès les premiers jours

(1) Journal de Méd. de Bordeaux, Juin 1848.

qui suivent l'accouchement, et enfin les émotions morales quelles qu'elles soient.

Ces causes agissent surtout en temps d'épidémie, mais elles peuvent agir en dehors de ces circonstances.

La primiparité devrait aussi être prise en considération, d'après Willemin; sans doute, parce que le travail parturitif est ordinairement plus long et plus difficile chez les primipares, ce qui peut y déterminer des dégâts plus marqués.

On a également cité l'antéversion très-prononcée de l'utérus; Willemin en rapporte une observation (2).

5° Autres causes soupçonnées. — Les anciens admettaient la métastase laiteuse et la viciation du sang, comme causes de cette redoutable affection : ces opinions erronées n'eurent pas longtemps cours dans la science; la simple et minutieuse observation anatomo-pathologique ne tarda pas à les renverser. C'est ainsi qu'on reconnut bientôt que la viciation du sang n'était autre chose que le changement que subissait celui-ci dans sa composition intime, sous l'influence de la gestation. Quant aux partisans des métastases laiteuses, ils cherchèrent en vain les éléments du lait dans les épanchements qu'ils croyaient être laiteux; l'analyse chimique et microscopique démontra clairement qu'il n'y avait là autre chose que du pus.

Enfin, certains auteurs ont admis l'existence d'un génie épidémique dont il fallait tenir compte. On voit, par exemple, Tonnelé dire à propos de ce génie épidémique : « C'est lui qui imprime à la fièvre puerpérale épidémique une physionomie propre, en modifie les

(2) Loc. cit.

caractères anatomiques, en fait varier la thérapeutique, en précipite ou ralentit la durée, en augmente enfin ou en diminue le danger, suivant certaines conditions que nous ne pouvons saisir. »

Le docteur F. Wieger, chef de cliniques de la faculté de médecine de Strasbourg, dit au sujet de ce génie épidémique auquel il n'attribue aucune importance : « Ce génie était, on en conviendra, bien inspiré, en quittant juste au 1er Juin 1847, la clinique de Vienne, où de souvenir d'homme il n'avait cessé de règner » (1)!

Contagion. — La métro-péritonite est-elle contagieuse? Cette question a donné lieu à une grande diversité d'opinions : Les uns soutiennent qu'elle n'est point contagieuse, les autres prétendent qu'elle l'est à un tel point qu'un médecin qui a été visiter une femme atteinte de cette affection peut la transmettre à une autre femme en couche auprès de laquelle il se rend quelque temps après. Le docteur Samuel Kneeland, par exemple, soutient cette dernière assertion, comme l'indiquent les lignes suivantes extraites de son travail intitulé : *De la contagion de la fièvre puerpérale* (The american journal of the médical sciences, 1846) :

« 1° Les personnes qui séjournent auprès d'une femme atteinte de fièvre puerpérale, s'imprègnent de miasmes susceptibles de communiquer la maladie à une nouvelle accouchée que ces mêmes personnes seraient appelées à visiter. Les médecins et les nourrices, par conséquent, peuvent devenir les véhicules de cette affreuse maladie.

» 2° L'affection peut être propagée par l'inoculation

(1) Gaz médic. de Strasbourg, n° 4, Avril 1849.

directe de fluides pris sur une femme infectée, morte ou vivante, par les effluves émanés des parties malades, ou par les miasmes dont s'imprègnent les hardes ou autres effets.

» 3° Le transport de la maladie des médecins aux accouchées, et l'ordre, suivant lequel les cas se succèdent en temps d'épidémie, montrent que l'épidémie est *l'effet* et non *la cause* de la contagion.

» 4° Un cas en apparence sporadique peut communiquer la maladie; un cas médiocre peut engendrer un cas grave, et *vice versa*.

» 5° L'immunité dont jouissent certaines personnes ne prouve rien contre la contagion; elle peut être l'effet d'une inaptitude à contracter, soit permanente, soit temporaire.

» 6° La rapidité de la propagation démontre que la maladie est contagieuse à son début.

» 7° En conséquence de ces principes, un médecin ne doit ni mettre la main, ni assister à l'autopsie d'une femme morte de fièvre puerpérale. S'il est forcé de le faire, il doit veiller à se tenir et à tenir ses vêtements dans une extrême propreté. S'il a, dans ses pratiques. un ou plusieurs cas de fièvre puerpérale, il doit se considérer, suivant l'expression du docteur Holmes, *comme un foyer pestilentiel*, et régler sa conduite en conséquence. Enfin, les personnes qui ont touché des objets salis par les matières de la décharge vaginale, principalement les nourrices, ne doivent pas approcher une nouvelle accouchée. Quand la maladie est déclarée, on doit éloigner immédiatement le médecin ou autres personnes imprégnées du miasme contagieux. »

La contagion par contact direct de la matière infec-

tante doit être admise, mais on doit refuser de croire à la contagion par le transport des miasmes dans les vêtements de l'accoucheur, si ceux-ci ne sont pas imprégnés de matières infectantes.

Ch. Dubreuilh fils (1) ne croit pas que la « fièvre puerpérale » puisse être propagée par l'inoculation directe des fluides pris sur une femme infectée, morte ou vivante.

L'opinion de cet auteur est erronée ; l'expérience le prouve suffisamment. Wieger refuse d'admettre la possibilité de la contagion, du moins par l'intermédiaire d'une personne saine. Il en est de même du professeur Dubois (2) qui parle d'abord (p. 337) « d'une même cause, sans doute très-générale, d'une même altération primitive, de cette inconnue que nous cherchons, que nous soupçonnons à peine et qui nous échappera peut-être longtemps encore », puis il admet (p. 339) « qu'une *seule molécule putride* pourrait peut-être suffire », et continue en ces termes (p. 343) : « Il ne répugne pas à beaucoup de médecins d'admettre une contagion directe d'une femme malade à une femme bien portante. Mais que penser d'une contagion indirecte dont une personne saine serait en quelque sorte le véhicule, et qui n'aurait lieu d'une femme à une autre que par cette voie intermédiaire? La possibilité d'une pareille transmission a été soupçonnée d'après quelques faits dignes d'attention, sans doute, mais dont la signification et l'importance ont été singulièrement exagérées par l'ignorance, la malignité ou l'esprit de système, dont la relation n'est point assez circonstanciée, assez précise pour entraîner

(1) Ouvr. cit.
(2) Dictionnaire en 30 volumes, XXVI.

la conviction des hommes graves, et qui d'ailleurs, tels qu'ils sont rapportés, ne se refusent pas à une interprétation plus naturelle. Sur une question si peu assise le doute au moins est un devoir; des preuves nombreuses et irrécusables peuvent seules fixer la science relativement à un mode de transmission que repoussent, quant à présent, les idées généralement reçues en physiologie pathologique et en pathologie. »

L'absence de virus dans cette affection, peut suffire à exclure l'idée de contagion, du moins par l'intermédiaire de personnes saines. On doit admettre cependant, ainsi qu'il a été dit précédemment déjà, la contagion par voie directe, c'est-à-dire par le transport, dans le vagin ou l'utérus d'une femme récemment accouchée, des matières réellement septiques que contiennent les lochies altérées des femmes atteintes de métro-péritonite puerpérale. Il suffit par exemple de toucher successivement une femme malade et une femme saine, même après avoir pris la précaution de se bien laver les mains après le premier toucher. Mais ce n'est pas là un virus, car, si au lieu de ce principe septique on prend du pus d'une plaie quelconque, surtout si ce pus est altéré; ou bien, si l'on a encore les mains imprégnées de matières cadavériques après avoir fait une autopsie, même ayant eu soin de procéder à plusieurs lavages successifs, on verra, dans les mêmes circonstances, se développer aussi une métro-péritonite pouvant présenter la plus haute gravité. De plus, ce n'est pas seulement chez les femmes en couches, qu'on peut déterminer ainsi directement cette inflammation, elle se développera très-facilement encore pendant la menstruation, parce que, alors aussi, il y a là une surface très-apte à l'absorption des principes toxiques mis en rapport avec elle.

Beaucoup de praticiens diront sans doute : Si vous n'admettez de contagion que par contact direct des principes altérés des lochies ou de tout autre liquide de l'organisme, comment expliquerez-vous le développement de la métro-péritonite chez les nouvelles accouchées qui séjournent dans des salles où il se trouve une ou plusieurs femmes atteintes de cette maladie? N'y a-t-il pas là une véritable contagion analogue à celles des maladies virulentes? Non, il n'existe là rien de semblable, et si l'affection puerpérale se développe dans ces circonstances, c'est : ou bien à cause de la viciation de l'air et du transport par son intermédiaire de molécules du poison infectant qui est mis ainsi directement en contact avec les organes génitaux si aptes à son absorption; ou bien par le toucher pratiqué soit avant, soit pendant, soit après l'accouchement, par des mains imprégnées de matières septiques provenant de femmes malades; ou bien, plus souvent sans doute, parce qu'on se sert pour les femmes saines d'éponges ou de linges qui ont été mis en contact avec les parties génitales des femmes malades. Ceci explique facilement aussi la possibilité de la contagion par la première voie qui vient d'être indiquée ici, chez des infirmières ou des élèves sages-femmes qui soignent ces malades pendant l'époque de leur menstruation, ou lorsqu'elles présentent certaines prédispositions à la métrite, ou s'exposent en même temps à d'autres causes qui peuvent la provoquer.

Il est encore un fait qui prouve à la dernière évidence qu'il n'existe aucun principe virulent dans ce genre de transmission de la maladie; c'est qu'il est admis et prouvé que cette affection peut se développer chez les femmes en couches même chez celles qui ont leur écou-

lement périodique ou sont atteintes de métrorrhagie, quand ces femmes sont couchées dans des salles de chirurgie où l'on trouve beaucoup de plaies fournissant une abondante suppuration, et surtout si le pus en est altéré. C'est que, alors en effet, l'air confiné dans la salle devient le véhicule de ces matières septiques qu'il peut ainsi mettre en contact avec les organes génitaux, matières qui agissent dès lors comme dans les cas de plaies utérines fournissant une sécrétion altérée et infecte.

Depaul et Tarnier rapportent deux observations, dont il a déjà été question, de femmes non enceintes qui, donnant des soins aux accouchées malades, furent atteintes de métro-péritonite et moururent.

Ces deux faits ne prouvent rien en faveur de la contagion telle que l'entendent les partisans de la contagiosité. Cette affection, dans l'un comme dans l'autre cas, peut avoir reconnu pour cause : ou bien l'apparition des règles et le contact avec les organes génitaux des molécules infectieuses auxquelles l'air a servi de véhicule, ou bien un refroidissement, un traumatisme de l'organe utérin, etc., causes qui seraient encore aidées par les mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvent ces filles, surtout en temps d'épidémie de cette affection.

On voit même éclater en ville des cas de métro-péritonite tout-à-fait en dehors de l'état puerpéral, cas qui peuvent revêtir par leur nombre le caractère épidémique. J'ai eu l'occasion d'observer une douzaine d'exemples de ce genre, en 1872, au commencement de l'hiver. Ces femmes entrèrent dans le service de M. Crocq dont j'étais alors l'interne, à l'hôpital St-Jean,

avec les symptômes les mieux accentués de la métro-péritonite; plusieurs d'entre elles n'avaient jamais eu d'enfants, et chez aucune, la maladie n'était consécutive à un accouchement. Heureusement, ces femmes entraient à l'hôpital dès le début de la maladie, et un traitement actif et bien institué en faisait rapidement justice. Ces cas paraissent bien plus étranges que ceux qui sont rapportés par Depaul et Tarnier; et l'on n'accusera pas ici la contagion, puisqu'il n'existait nullement alors d'épidémie de métro-péritonite puerpérale, ni en ville, ni à la Maternité. Ces exemples prouvent que cette affection peut émaner d'autres causes que de l'infection directe, et cela, non seulement pendant la puerpéralité, mais encore en dehors de cet état.

Mais, dira-t-on peut-être, se forme-t-il du pus dans le péritoine, quand l'affection éclate dans des conditions aussi singulières, en dehors de tout état puerpéral? Il en existera certainement, si l'affection n'est pas traitée très-activement dès le début et si l'on ne parvient à enrayer sa marche; et l'on pourra aussi, d'un autre côté, prévenir sa formation, dans beaucoup de cas de métro-péritonite puerpérale, par un traitement énergique appliqué dès l'apparition des premiers symptômes.

Les cas de *métro-péritonite non puerpérale*, analogues à ceux que j'ai eu l'occasion d'observer, peuvent donc présenter identiquement les mêmes caractères que la métro-péritonite puerpérale; et ces douze exemples que j'ai pu étudier, en dehors de toute épidémie d'affections puerpérales, ainsi que l'observation qui va être relatée ici, sont bien plus probants que les deux seuls cas qui sont rapportés par Depaul et Tarnier.

Observation. — Une jeune fille âgée de 19 ans, d'un

tempérament lymphatique, entre dans le service de M. Crocq à l'hôpital St-Jean, le 4 du mois de Décembre 1871 ; elle est atteinte d'une péritonite très-intense, généralisée, présentant tous les caractères d'une péritonite puerpérale qu'on aurait pu classer dans la forme typhoïde de certains auteurs.

Malgré le traitement actif qui fut mis en usage par M. Crocq, la malade succomba 4 jours après son entrée à l'hôpital.

Cette jeune fille avait été, pendant plusieurs années, infirmière à la Maternité ; et elle en était à peine sortie de quelques jours, lorsqu'elle contracta cette funeste maladie. Si elle eût encore fréquenté la Maternité et qu'elle eût eu à soigner des femmes atteintes de métro-péritonite puerpérale, les partisans de la contagiosité n'auraient certes pas manqué d'y rapporter cette affection, tandis qu'il n'y aurait eu là qu'une simple coïncidence de faits pathologiques.

M. Lefort se montre aussi très-partisan de la contagiosité ; il insiste beaucoup sur cette condition qu'il considère comme une cause importante de l'affection qui nous occupe et cite, à l'appui de cette manière de voir, de nombreuses autorités et des faits qui démontrent selon lui, d'une manière indiscutable les dangers de ce mode de contagion (1).

L'infection est admise par la plupart des hommes éminents qui ont pris la parole dans la longue discussion qui s'est engagée sur ce sujet, au sein de l'Académie de médecine de Paris en 1858. Bon nombre d'entre eux admettent même la contagion.

(1) Joulin. Traité d'accouch.

Zandyck à Dunkerke et Roberlée à Londres ont perdu plus de femmes en ville qu'à l'hôpital, et Danyau a démontré par des faits nombreux que dans la plupart des capitales de l'Europe, les épidémies débutent par la ville et n'envahissent que consécutivement les Maternités. On aurait donc considérablement exagéré l'influence de ces établissements hospitaliers sur le développement de cette maladie. On ne peut guère se rapporter aux statistiques pour avoir des résultats d'absolue vérité. Dans l'épidémie qui a régné à Dunkerke dans les années 1854 et 1855, ni Zandyck, ni aucun des médecins du pays n'ont eu, paraît-il, à constater de cas de contagion soit par l'air, soit par le linge, soit par l'intermédiaire des accoucheurs ou des sages-femmes.

Chaussier, Gastellier, Dugès, Baudelocque, Désormeaux, Tonnelé, Lasserre et un grand nombre d'autres praticiens distingués doutent de la contagion ou la nient même formellement.

En résumé, les sources de l'intoxication sont propres à la femme dans la majorité des cas; dans les cas épidémiques, on peut admettre une infection par le contact le plus souvent, et quelquefois au moment de l'accouchement par l'air; l'intoxication spécifique par les voies respiratoires est contraire aux faits et doit être repoussée. Cette théorie mixte est soutenue par Virchow et Meckel. C'est la seule qui paraisse réellement admissible.

SYMPTOMES.

On peut avec certains auteurs diviser la métro-péritonite puerpérale en trois formes : aiguë, subaiguë et chronique. La plus ordinaire est l'aiguë; c'est celle que je vais décrire ici.

C'est ordinairement lorsque cette affection débute très-peu de temps après la parturition qu'elle se présente à l'état aigu, tandis qu'elle affecte plutôt une marche lente, chronique, quand elle n'éclate que quelques jours après l'accouchement. Toutefois, il y a des exceptions à cette règle, et l'on observe parfois même l'inverse. Enfin, cette maladie peut offrir des exacerbations et des récidives.

D'ailleurs, l'infection se produit généralement pendant ou très-peu de temps après l'accouchement; ce n'est qu'exceptionnellement qu'on l'observe quelques

jours après la parturition, les petites déchirures se cicatrisant ou se recouvrant rapidement de granulations qui constituent un obstacle à l'absorption. Mais ces granulations peuvent se détruire et les cicatrices se déchirer : l'infection est alors possible.

D'après M. Joulin, la métro-péritonite puerpérale se montre à une époque assez rapprochée de l'accouchement, en général du premier au quatrième jour et assez rarement après le dixième.

Ce n'est guère qu'au milieu des épidémies graves, dit cet auteur, qu'on la voit débuter immédiatement après ou même pendant le travail. Les premiers symptômes, ceux qui annoncent le début de la maladie, apparaissent généralement 30 à 40 heures après l'infection.

Symptôme initial. — La plupart des auteurs ont considéré comme symptôme initial le frisson qui caractérise ordinairement le début de la maladie et l'ont appelé improprement *frisson initial*, dénomination qui est fausse. En effet, que faut-il pour que le frisson puisse se produïre? Il faut qu'il existe déjà de l'inflammation dans un organe quelconque; il faut qu'il y ait élévation brusque de la température au delà de 39 degrés, ce qui détermine l'irritation du système nerveux vaso-moteur et produit comme résultat le rétrécissement des capillaires et la diminution de l'afflux sanguin dans leurs extrémités périphériques. Si l'élévation de la température est lente et progressive, au lieu d'être brusque, elle ne donnera naissance à aucun frisson, même si elle va jusqu'à 41 degrés. Aussi la maladie peut-elle atteindre la plus haute intensité et revêtir une des formes les plus graves, sans qu'il se soit produit

le moindre frisson; et si l'on attache généralement une grande importance à ce symptôme, en disant que son intensité est ordinairement en rapport avec celle de la maladie, on doit se souvenir qu'il y a bien des exceptions à cette règle.

Le *véritable symptôme initial* est la *douleur* qui existe dans l'organe qui est le siége de l'inflammation. Je crois, du reste, pouvoir formuler cette règle en thèse générale, et sans craindre de me tromper, pour tous les organes qui sont envahis par l'inflammation, quand ceux-ci deviennent douloureux sous l'influence de cet état pathologique. Or, l'organe utérin se trouve dans ces conditions, et le péritoine surtout.

J'ai interrogé à ce sujet un certain nombre de femmes atteintes de métro-péritonite puerpérale, et la plupart ont dit avoir éprouvé des douleurs utérines aussitôt après l'accouchement, avant que le frisson eût éclaté. On observe du reste le même fait tous les jours, dans d'autres affections telles que la pleurésie et autres inflammations siégeant dans des organes qui deviennent sensibles sous l'influence de cette altération.

Mais, objectera-t-on peut-être, pourquoi dès lors les femmes atteintes de métro-péritonite puerpérale n'ont-elles pas, au début de la maladie, l'attention attirée plutôt sur cette douleur utérine que sur le frisson? C'est que cette douleur est ordinairement sourde dans le principe et ne s'accuse qu'à la pression exercée sur l'organe. Aussi l'accoucheur ne doit-il pas négliger d'explorer souvent la région utérine par la palpation, afin de tâcher de prévenir les accidents qui peuvent éclater si l'on ne traite pas cette affection, dès que les premiers symptômes apparaissent.

Le frisson n'est donc pas le symptôme initial de la métro-péritonite puerpérale; c'est souvent, il est vrai, celui qui attire le premier l'attention du malade comme celle du médecin, le symptôme véritablement initial, c'est-à-dire la douleur, restant ordinairement ignoré au moment de son apparition; aussi ne doit-on lui attacher qu'une importance secondaire et s'efforcer de reconnaître, dès le début, le symptôme primordial, si l'on veut espérer enrayer la marche de la maladie.

Pour M. Béhier, « le symptôme particulier qui indique l'imminence de la maladie est un gonflement indolore, parfois douloureux des organes contenus dans le rebord supérieur des ligaments larges. Il recherche ce gonflement en fixant d'une main le corps de l'utérus, et interroge ses bords en déprimant l'abdomen avec l'extrémité de 2 ou 3 doigts de l'autre main. Les doigts explorateurs rencontrent brusquement, de l'un ou des deux côtés de l'organe, et sur le trajet d'une ligne étendue de ses bords vers la crête iliaque, une espèce de corde plus ou moins volumineuse, et qui est constituée par le ligament rond, la trompe et l'ovaire. Lorsque l'on atteint ce point, la malade éprouve une douleur vive qu'elle ne ressentait pas avant par la pression générale du ventre.

» Sur 1802 femmes en couches, M. Béhier n'a rencontré aucune trace de ce symptôme; dans 743 cas, il était peu marqué et n'a été suivi d'aucun accident. Quand cette sensation de corde douloureuse se manifeste, elle annonce la possibilité d'un danger. Si la douleur est vive, il est prudent d'intervenir, sans attendre que le frisson ou la fréquence du pouls viennent compliquer la situation. C'est là un signe qu'il faut rechercher avec

soin, dit-il, chez les accouchées, et dont la valeur ne doit pas être négligée (1). »

Ce symptôme devrait être rapporté, suivant certains auteurs, à l'existence d'une phlébite utérine; l'anatomie pathologique prouve au contraire que c'est à l'angioleucite qu'il faut l'attribuer.

Lorsque le frisson existe, il peut être peu marqué et très-passager ou intense, et durer une, deux et même trois heures.

SYMPTÔMES GÉNÉRAUX ET LOCAUX. — Bientôt on voit se développer des phénomènes fébriles plus ou moins intenses : céphalalgie ordinairement très prononcée; pouls fort, accéléré, quelquefois irrégulier, et pouvant fournir jusque 140 et même 160 pulsations à la minute; dur et résistant dans certains cas, il est mou, faible et peu développé dans d'autres; on le trouve aussi serré, petit et concentré; les résultats varient suivant l'époque à laquelle on observe la maladie, comme l'a fait remarquer Ch. Dubreuilh, et suivant l'étendue et le degré d'intensité de la péritonite. Parfois enfin, le pouls est ondulant.

La température peut aller jusqu'à 40 degrés et au-delà, surtout dans les cas où la péritonite est généralisée; par exception cependant, elle peut rester très-basse.

Généralemeut la fièvre n'est pas continue et présente des rémissions qui parfois sont très-accentuées, il se présente même quelquefois des intermittences complètes.

Insomnie occasionnée par la douleur et par la fièvre; quelquefois rêvasseries et même délire. Ordinairement l'intelligence est conservée jusqu'à la fin.

(1) Joulin, loco citato.

Les ulcérations puerpérales, qui siégent dans les organes génitaux, déterminent une sensation de brûlure au moment de la miction, ce qui s'observe également dans les cas de déchirures sans ulcération.

Souvent le tissu cellulaire environnant ces petits ulcères se trouve également envahi par l'inflammation, ce qui amène un œdème considérable des grandes lèvres, œdème qui est généralement plus volumineux d'un côté que de l'autre, de même que les ulcérations elles-mêmes dont il dépend.

Dans le cours de la métro-péritonite puerpérale, il se produit ordinairement et très-facilement entre les feuillets du ligament-large des tuméfactions considérables que l'on peut facilement reconnaître (1).

A l'inspection, au début de la maladie, le ventre semble diminué de volume et paraît rétracté. Bientôt il se gonfle sous l'influence d'une production de gaz intestinaux assez abondants. Parfois le météorisme atteint de telles proportions, dit M. Joulin, que le poumon s'en trouve refoulé, et que la respiration des malades est fort gênée. Les épanchements liquides dans le péritoine prennent une faible part dans le développement de l'abdomen ; la percussion permet de localiser leur présence vers les flancs.

Le météorisme abdominal n'est pas la seule cause des troubles respiratoires, d'après M. Joulin, et parfois on observe une dyspnée intense qui tient uniquement aux troubles profonds de l'innervation.

A la palpation, on constate une augmentation de volume de l'utérus qui présente une forme globuleuse ou plutôt piriforme, et peut remonter jusque 10 et

(1) Carl Schröder, ouv. cit. p. 676.

même 15 centimètres au-dessus du pubis; le ventre est ordinairement dur. La palpation permet encore de constater l'inclinaison de la tumeur utérine tantôt à droite, tantôt à gauche, ce qui est dû au relâchement des ligaments larges sous l'influence de la grossesse.

Douleurs très-vives tantôt généralisées à tout l'abdomen, tantôt limitées à un espace plus ou moins restreint, un hypochondre par exemple, mais occupant de préférence la région hypogastrique. Ces douleurs augmentent par la marche et surtout par la pression, même très-faible, exercée sur les parois abdominales ou directement sur l'organe utérin.

La douleur, ainsi que le fait remarquer M. Joulin, débute ordinairement par la région utérine; elle est sourde ou très-vive, continue ou avec exacerbations, superficielle ou profonde, spontanée ou provoquée par la pression qui dans tous les cas l'exaspère au point de la rendre tout-à-fait insupportable. Cette douleur augmente par les mouvements, la toux, la défécation, les vomissements et les inspirations profondes. Dans les cas intenses, les malades ne peuvent même supporter le poids des cataplasmes ou des couvertures. L'écoulement des lochies est très-variable quant à sa quantité et sa qualité. Souvent les lochies deviennent moins abondantes et s'altèrent; elles exhalent alors une odeur infecte, repoussante. Elles conservent généralement leur caractère sanguinolent primitif, ou bien, si celui-ci a déjà disparu, il réapparaît au moment où la maladie éclate.

Enfin, les lochies peuvent s'arrêter complètement, sous l'influence de cet état pathologique, comme elles peuvent aussi n'éprouver aucun changement, ainsi qu'on l'a vu dans certaines épidémies, et particulièrement

dans celle qui a éclaté à Bordeaux en 1848. Lorsqu'elles persistent, elles deviennent d'autant plus séreuses et fétides que la maladie fait des progrès. Lorsqu'elles s'arrêtent complètement, on trouve à l'autopsie la surface interne de la matrice tout-à-fait sèche.

Au toucher vaginal : quelquefois on ne peut atteindre le col, l'utérus n'étant pas encore suffisamment descendu ; le plus ordinairement on y arrive, et l'on trouve l'orifice encore béant et admettant facilement l'introduction du doigt, du moins peu de temps après la parturition, et quelquefois même encore au troisième ou quatrième jour. Le col est mou ; on le trouve parfois dirigé en arrière, vers l'angle sacro-vertébral, dans les cas d'antéversion de la matrice que certains auteurs regardent, à tort, comme étant une cause déterminante de la métro-péritonite puerpérale ; il existe en effet bien des cas d'antéversion chez les parturiantes, sans que cette complication survienne. Le vagin est ordinairement d'une chaleur brûlante.

Dans la plupart des cas la sécrétion lactée est interrompue ou se fait mal ; toutefois il y a des exceptions, puisqu'on a vu des mères, atteintes de cette affection, nourrir néanmoins leur enfant qu'on devait leur enlever à cause de leurs souffrances. Ch. Dubreuilh (1) cite des exemples de ce genre.

Si l'affection puerpérale se manifeste avant la fièvre de lait, celui-ci n'est généralement pas sécrété, et les seins s'affaissent.

M. D'Espine (2) rapporte des observations dans lesquelles il a constaté l'existence d'*épistaxis* et d'*éruptions cutanées*.

(1) Loco citato.

(2) Thèse soutenue devant la Faculté de médecine de Paris, le 29 Novembre 1872.

Voies digestives : Perte d'appétit, langue sèche, soif vive; ordinairement constipation, rarement diarrhée. Généralement il y a des nausées et des vomissements. Les matières vomies se composent d'abord des liquides ingérés et de mucosités blanchâtres; bientôt elles prennent une teinte verte foncée due à la bile qui reflue dans l'estomac. Ces vomissements augmentent l'intensité des douleurs abdominales par les secousses qu'ils déterminent. Ils sont spontanés, mais l'ingestion des liquides les provoque et les exaspère; ils sont généralement en rapport avec l'étendue et l'intensité de la péritonite.

L'appareil respiratoire ne présente rien de particulier, à moins qu'il existe des complications de ce côté, si ce n'est la gêne de la respiration qui résulte souvent du météorisme abdominal. Lorsque ce météorisme est très-prononcé, la respiration devient très-fréquente, anxieuse, haletante; la dyspnée est considérable et se trouve parfois augmentée encore par l'existence d'une pleurésie concomitante.

Enfin, les traits s'altèrent rapidement, le faciès prend un aspect pour ainsi dire caractéristique, et, dans les cas graves, la face exprime une angoisse générale. Cette altération de la physionomie est un des phénomènes les plus constants de la maladie; elle permet souvent de porter le diagnostic avant qu'on ait constaté l'existence des autres symptômes.

La peau se couvre d'une sueur plus ou moins abondante, la face est colorée, vultueuse, et exprime l'anxiété; ou bien elle est pâle, terreuse ou même d'aspect ictérique, grippée et empreinte d'abattement; elle présente en un mot les caractères qu'on lui voit revêtir dans la péritonite ordinaire. Les yeux deviennent lar-

moyants et animés. On voit survenir un amaigrissement rapide surtout bien marqué à la figure ; bientôt les yeux s'excavent, deviennent ternes et présentent à leur pourtour un liseret d'aspect noirâtre. Les lèvres sont violacées et quelquefois recouvertes de croûtes sèches et plus ou moins épaisses; les muscles de la face sont partiellement agités de contractions fibrillaires.

« Ce teint puerpéral, dit M. Bourdon, n'est pas la pâleur à reflet verdâtre de la chlorose, ni le teint blanc transparent de l'anémie; il ne peut être confondu avec le teint blême, blafard, comme sale, de certaines phthisies avancées, et encore moins avec le teint jaune-paille de la cachexie cancéreuse, ou le teint bis de la fièvre intermittente. »

Il se manifeste, dès le début, une prostration considérable des forces qui s'accroît à mesure que la maladie fait des progrès. Il y a hébétude et somnolence. Les malades accusent de la fatigue et de la pesanteur dans toutes les parties du corps, mais surtout dans les membres inférieurs. D'après Dubreuilh, cette sidération tiendrait beaucoup plus au génie épidémique lui-même, qu'à l'intensité de l'inflammation.

La prédominance de certains de ces symptômes a fait diviser en trois formes la métro-péritonite puerpérale, qui a été appelée inflammatoire, bilieuse ou typhoïde, selon que la réaction est violente, que les symptômes gastriques prédominent ou que la maladie présente l'abattement de l'adynamie.

Cette division ne repose sur aucune vue scientifique; c'est en négligeant l'étude de l'anatomie pathologique et en se laissant guider par le simple examen des symptômes sans les rapporter aux lésions qui les déter-

minent, qu'on a été amené à établir cette distinction toute gratuite. Cette division n'appartient donc pas en propre à cette maladie, mais elle se rattache uniquement soit à l'intensité et à l'étendue de l'affection, soit aux complications qui surviennent pendant sa durée.

C'est ainsi que la *forme dite inflammatoire*, n'est autre chose qu'une métro-péritonite franche, intense, dans laquelle le péritoine est atteint dans une grande étendue ou même dans sa totalité, d'une inflammation vive, suraiguë. Cette condition se présente surtout chez les femmes jeunes, de forte constitution, pléthoriques, d'un tempérament sanguin ou nervoso-sanguin. C'est la métro-péritonite puerpérale, simple mais au plus haut degré.

Quant à la *forme bilieuse*, c'est l'expression d'une complication qui survient dans le cours de la maladie, et nullement une forme spéciale de cette affection. La lésion qui lui a valu cette dénomination est une congestion du foie, voire même une hépatite, complication qui se produit par voie d'extension de l'inflammation du péritoine quand la portion de cette séreuse qui enveloppe le foie est entreprise.

Enfin, la *forme typhoïde* dépend soit du passage de l'inflammation utérine à la suppuration du tissu de l'organe, soit de l'existence concomitante de la lymphangite ou de la phlébite utérine, complications graves qui s'accusent inévitablement par des symptômes d'une haute intensité, pouvant, jusqu'à un certain point, simuler une fièvre typhoïde bien accentuée.

On pourrait, en se basant sur ces simples considérations symptomathologiques, admettre des formes à l'infini d'une seule et même affection qui ne présente de

caractères particuliers que sous l'influence des complications qui peuvent survenir pendant sa durée. L'anatomie pathologique renverse ces vues erronnées et apprend à constater et à admettre l'existence d'une métro-péritonite simple, pouvant se compliquer d'inflammations qui envahissent d'autres organes, soit sous l'influence de la cause qui a déterminé l'affection puerpérale elle-même, soit par l'effet d'une cause secondaire venant agir pendant le cours de la métro-péritonite.

Si l'*ichorrhémie* survient, dit M. Schröder (1), « la fièvre est la plupart du temps analogue à celle qui accompagne les fortes paramétrites, et lorsque dans une paramétrite la fièvre est plus développée et le pouls plus fréquent que d'habitude, cela tient toujours à la nature ichorrhémique de l'affection, quoique dans la plupart des cas où la guérison a lieu et où des affections des organes éloignés ne peuvent être constatées, le diagnostic de l'ichorrhémie ne puisse pas être établi. La fièvre commence en général par un frisson avec tremblement ou du moins par une sensation de froid et la plupart du temps ces frissons se répètent à plusieurs reprises. Le type de la fièvre est absolument irrégulier. La température s'abaisse et s'élève souvent en quelques heures de plusieurs degrés. Dans les cas graves, les malades se sentent très-mal, quelquefois geignent à haute voix sans se plaindre d'un organe déterminé, et sont tourmentées par des idées de mort. L'ictère et des hémorrhagies sérieuses par les organes génitaux se présentent assez souvent. A cela s'ajoutent des symptômes du côté de chacun des organes qui sont pris. La

(1) Ouvr. cit., p. 683.

toux, des douleurs dans la poitrine, rarement une expectoration sanglante, indiquent que les poumons et la plèvre sont pris. Les maladies des reins se décèlent par la présence de l'albumine, du pus ou du sang dans l'urine. En outre il peut survenir des douleurs et des abcès articulaires, des phlegmons dans les muscles et souvent encore beaucoup plus tard dans les ganglions lymphatiques. La maladie se termine par la guérison, et alors les symptômes se suppriment progressivement; ou bien la fréquence du pouls augmente, pendant que la température au contraire s'abaisse et le sopor survient, puis la mort.

» Les *septicémies* à marche rapide peuvent aussi débuter par un frisson. Mais la plupart du temps, la température ne s'élève pas notablement (à peu près jusqu'à 40°) et reste continuellement à une hauteur moyenne ou est seulement faiblement rémittente, tandis que le pouls et la respiration sont extrêmement fréquents. La mort peut survenir très-rapidement en deux ou trois jours avec une diarrhée fétide, la fréquence du pouls et de la respiration allant en augmentant, la température s'abaissant et avec un état typhique. Dans beaucoup d'autres cas, il est impossible de les distinguer avec l'ichorrhémie. La maladie que tout d'abord on avait considérée comme de la septicémie se transforme lorsque la marche n'est pas très-aiguë, en ichorrhémie aussitôt qu'une affection d'un organe déterminé, poumon ou articulation, par exemple, se déclare. »

DURÉE.

Elle est très-variable : à peine de quelques jours dans les cas intenses et surtout dans les épidémies meurtrières, elle peut affecter un terme moyen de 8 à 15 jours, durée ordinaire des cas qu'on rencontre le plus communément; enfin, elle peut passer à l'état chronique et se prolonger indéfiniment.

COMPLICATIONS.

On conçoit aisément que les causes morbides qui agissent sur l'économie des femmes en couches frappent surtout l'utérus, organe qui est tout spécialement disposé à en subir les influences, à cause de l'irritation et des lésions qui y ont été produites par le seul effet de la parturition. Le péritoine aussi sera facilement atteint, en vertu de ses rapports intimes avec la matrice. Mais ces causes pourront également porter leur action sur les autres organes de l'économie; et chose remarquable, les inflammations qui atteignent ces divers organes, dans les conditions de puerpéralité, tendent toujours à affecter la forme la plus grave, la plus pernicieuse.

Une des complications les plus fréquentes, après la *lymphangite* et la *phlébite utérine* qui impriment toujours à l'affection primitive un caractère de la plus haute gravité, est la *pleurésie* qui est ordinairement accompagnée

d'épanchement qui peut être séreux ou séro-fibrineux (Chomel en cite un exemple), mais présente le plus souvent le caractère purulent ou hémorrhagique.

La *pneumonie* éclate facilement aussi dans l'état puerpéral, et l'on trouve souvent, dans ces cas, le poumon malade atteint d'infiltration purulente.

La *péricardite*, beaucoup moins fréquente que la pleurésie, quand elle se manifeste, est ordinairement accompagnée d'épanchement, et de plus celui-ci affecte le plus souvent la forme purulente ou hémorrhagique.

On voit assez souvent aussi survenir l'*arthrite*, et l'inflammation peut atteindre toutes les articulations mais envahit de préférence celle du genou à laquelle elle se borne même dans beaucoup de cas. On y rencontre ordinairement aussi un épanchement purulent.

Enfin, on peut trouver des lésions inflammatoires dans les divers autres organes de l'économie : la gastrite, l'entérite, l'hépatite, la cystite, la méningite encéphalique ou rachidienne, la myélite, la néphrite, l'endocardite et même la myocardite consécutivement à celle-ci; cependant toutes ces complications sont beaucoup moins fréquentes que les précédentes.

Mais il existe une autre espèce de complications qui ont de tout temps occupé beaucoup les praticiens ; je veux parler des *phlegmons puerpéraux de la fosse iliaque* qui ont surtout été bien étudiés par Dance, Husson, Dupuytren, Ménière, et dans ces derniers temps, par Grisolle, Bouillaud et quelques autres auteurs distingués.

Au commencement du siècle dernier, Puzos, s'aidant des nombreuses observations de Mauriceau et de Delamotte, les décrivait sous le nom de *métastases laiteuses*.

En 1770, Morisot-Deslandes en traita particulièrement dans le livre d'accouchements de Puzos, qu'il publia; plus tard, Plancher, Deleurye et Antoine Petit firent des publications très-intéressantes sur ce sujet. Toutefois, malgré les nombreux travaux qui ont été publiés sur cette importante complication de la métro-péritonite puerpuérale, ces phlegmons de la fosse iliaque n'en sont pas moins restés difficile à diagnostiquer dès le début. Parfois, en effet, on n'aperçoit alors qu'un léger malaise, un peu de fièvre; généralement le frisson manque. Plus souvent, il se manifeste une douleur plus ou moins vive, quelquefois lancinante, ayant son siége dans la fosse iliaque et s'irradiant vers différents points de l'abdomen, vers les organes génitaux et surtout vers le membre inférieur correspondant au siége de la tumeur.

A une période assez avancée de la maladie, on voit fréquemment survenir une douleur pongitive, la fosse iliaque qui est le siége du phlegmon présente bientôt un certain degré de tension, la tuméfaction y apparaît, tend à se circonscrire de mieux en mieux et se laisse facilement percevoir à la palpation qui permet de constater l'existence d'une tumeur dure, résistante, plus ou moins bien limitée et sensible à la pression. Le membre inférieur qui répond à ce côté, affecte une position qui trahit encore l'existence de cette inflammation. On trouve alors la cuisse fléchie sur le bassin, ce qui fait croire parfois à un raccourcissement du membre de ce côté. Ce symptôme qui est le plus important est attribué à la compression déterminée par la tumeur sur les nerfs ou à l'inflammation du psoas. Généralement aussi les mouvements imprimés à ce membre, surtout dans le

sens de l'extension, déterminent de la douleur dans la région du foyer. Le membre inférieur est souvent infiltré. Chez quelques malades, la douleur vive qui siége dans la cuisse est remplacée par des fourmillements et de l'engourdissement. Malgré ces symptômes caractéristiques, les causes d'erreur sont encore nombreuses ; et l'on peut prendre pour cette affection, par exemple un lumbago, une accumulation des matières fécales dans le gros intestin, au niveau d'une des fosses iliaques, la réplétion de la vessie, un kyste de l'ovaire, un anévrisme, un abcès par congestion, une tumeur de l'os coxal, etc.

Mais un praticien attentif et bon observateur ne se laissera pas facilement induire en erreur par ces fausses apparences, et l'analyse faite avec soin des caractères de chacune de ces affections pourra suffisamment le guider.

Cette complication est généralement grave, la malade étant déjà épuisée par l'accouchement et la métro-péritonite développée consécutivement ; de plus, son pronostic est en rapport avec l'intensité et la marche de la maladie primitive.

Quant au mode de terminaison de ces phlegmons, il peut se faire soit par résolution, ce qui est le plus fréquent sous l'influence d'une bonne thérapeutique, soit par abcédation, et dans ce dernier cas, ils peuvent se faire jour à travers la peau, le péritoine, la vessie, l'intestin, l'utérus ou la fesse.

Le phlegmon est simple ou double, et dans ce dernier cas il est beaucoup plus considérable à droite qu'à gauche. Ces phlegmons *(A. Willemin* (1) *en cite quatre*

(1) Archives générales de médecine, Novembre 1847.

exemples suivis de guérison, dont deux phlegmons iliaques unilatéraux, un double et un ayant pour siége le ligament large. Ch. Dubreuilh fils (1) *cite un cas de phlegmon double suivi de guérison. M. Bouillaud* (2) *rapporte un cas ayant pour siége la fosse iliaque droite et suivi de guérison. Boyer* (3) *a observé deux cas de phlegmons unilatéraux. Gaube et Chomel ont signalé, le premier deux cas, le second un cas de phlegmons siégeant dans les ligaments larges.)* peuvent siéger soit dans le tissu cellulaire du bassin, soit dans les ligaments larges, soit dans le tissu cellulaire qui double ceux-ci.

L'intérêt que présente cette complication étant incontestable, il est utile de dire quelques mots de son traitement.

Il faut la traiter très-activement et le plus tôt possible. La thérapeutique qui semble le mieux réussir consiste en : émissions sanguines générales ou locales, suivant les conditions dans lesquelles se trouve la malade; frictions mercurielles et cataplasmes; boissons délayantes et purgatifs légers, ordinairement les purgatifs huileux en lavements, enfin les révulsifs cutanés et avant tout les vésicatoires volants, quand la résolution tarde à se produire; on peut même en faire plusieurs applications consécutives dans les cas rebels.

Il a été dit précédemment déjà que le phlegmon pelvien, lorsqu'il est unilatéral, siége ordinairement du côté droit; toutefois on l'a rencontré dans certains cas, rares il est vrai, du côté gauche.

(1) Journal de Médecine de Lyon, Septembre 1848.

(2) Hôpital de la charité; Gaz. des hôpitaux, n° 4, 1842.

(3) Gaz. médic. de Paris, revues des cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu pendant les mois de Décembre 1834, Janvier et Février 1835.

Cette tendance des phlegmons à se produire plutôt à droite qu'à gauche ne reconnaîtrait-elle pas pour cause la présence du cœcum dont le tissu cellulaire environnant s'enflammerait plus facilement que celui qui occupe les autres parties du bassin?

Ou bien n'est-elle pas due plutôt à la présence du corps de la matrice à droite?

On sait en effet que le corps de la matrice, dirigé ordinairement à droite pendant la grossesse, conserve encore cette position après l'accouchement, tant que la rétraction de son tissu n'est pas complète. Or dans les cas de métro-péritonite puerpérale, cette rétraction du tissu utérin est singulièrement retardée, ou même enrayée complètement. Dès lors, l'inflammation qui s'est développée dans l'utérus et dans la partie du péritoine qui l'entoure, aura beaucoup plus d'action sur le tissu cellulaire qui occupe la portion droite du bassin, à cause des rapports plus intimes qu'affecte celui-ci avec le foyer d'inflammation.

L'observation attentive et prolongée des faits pourra peut-être permettre d'en décider un jour d'une manière assurée.

Enfin M. Bouchut (1) a rencontré comme complication, dans la métro-péritonite puerpérale, un phlegmon du tissu cellulaire environnant le genou, avec inflammation de cette articulation, un phlegmon diffus de toute la jambe et un phlegmon extra-articulaire autour du poignet.

(1) Gaz. médic. de Paris, nº 10, 1844.

DIAGNOSTIC.

I. Diagnostic propre de l'affection elle-même. — Dans les cas de métro-péritonite franche, se manifestant avec tous les symptômes qui la caractérisent, on ne peut confondre cette affection avec aucune autre. Ainsi, l'existence d'un accouchement récent et du frisson qui manque rarement; les douleurs utérines et abdominales plus ou moins intenses, qui s'exaspèrent surtout par la pression exercée sur ces régions ; la fièvre, la présence, dans le bassin, d'une tumeur plus ou moins considérable dépendant de l'utérus et affectant une forme ovoïde ou piriforme, très-sensible à la pression et mate à la percussion, ainsi que l'écoulement lochial ordinairement sanguinolent et infect, et les symptômes fournis par le toucher vaginal, tels que la dilatation variable de l'orifice utérin, le peu de résistance qu'offre le col à la pression; enfin la violente sensibilité que l'on provoque

en appuyant sur l'abdomen, le météorisme, et, dans les cas de péritonite généralisée, les vomissements et la présence d'une exsudation libre dans le péritoine. Puis la transmission du mouvement communiqué au col de l'utérus, à la main qui appuie sur le bas-ventre. La réunion de tous ces symptômes ne laisse aucun doute sur la nature de la lésion. Mais la maladie peut se développer d'une manière sourde, insidieuse, et la fièvre même faire défaut ou passer inaperçue. Il faut alors tenir compte du milieu où se trouve la malade et surtout de l'influence épidémique qu'elle peut subir.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENCIEL. — Certaines affections peuvent être confondues facilement avec la métro-péritonite puerpérale. Telles sont :

1° *Une déchirure de quelque étendue à la vulve* détermine parfois une réaction inflammatoire plus ou moins vive; mais le frisson fait défaut. Toutefois, le frisson ne se produit pas toujours dans la métro-péritonite puerpérale, comme il a été dit déjà précédemment; d'un autre côté, il peut se manifester sans précéder ni accompagner une lésion sérieuse. Quelquefois cette déchirure de la vulve coïncide avec une circonstance très-embarrassante et en impose facilement pour une métro-péritonite tout-à-fait au début; c'est quand, après un travail prolongé, l'utérus tarde à subir son retrait normal et reste sensible pendant un ou deux jours, et que des tranchées violentes surviennent dans le même temps. Toutefois en faisant un examen sévère de tous les symptômes qui se manifestent, on pourra presque toujours établir son diagnostic d'une manière certaine; et dans le doute, on se verrait forcé de commencer un traitement actif, fût-il même inutile, plutôt que de se

laisser surprendre par l'invasion d'une maladie que, dans la plupart des cas on peut arrêter à son début.

2° *La simple rétention des lochies ou de sang épanché dans la cavité utérine :* il peut y exister alors des tranchées utérines avec augmentation de volume quelquefois considérable de la matrice et fréquence du pouls. Mais le manque d'écoulement lochial à une époque aussi voisine de la délivrance, et l'absence du frisson et des symptômes de la péritonite, attireront l'attention du praticien observateur et le mettront facilement sur la voie. S'il y avait épanchement du sang, la pâleur, la syncope, la faiblesse générale, etc., en un mot tous les symptômes de l'hémorrhagie interne suffiraient pour lui faire éviter toute confusion. Un symptôme important qui, du reste, ferait défaut dans l'un comme dans l'autre de ces deux cas, c'est l'absence de ramollissement et de dilatation de l'orifice du col utérin.

3° *L'inertie de la matrice après la délivrance.* Cette particularité n'est pas bien fréquente et dépend surtout de la longueur du travail qui épuise la contractilité utérine, ou d'un travail trop précipité qui jette l'organe gestateur dans la stupéfaction.

On reconnaîtra facilement cet état de l'utérus par la sensation, dans l'hypogastre, d'une tumeur mollasse, très-dépressible, insensible à la pression, et par l'absence de douleurs abdominales, de frisson, de fièvre ; en un mot, tous les symptômes essentiels de la métro-péritonite manqueront.

4° *La cystite :* en examinant la femme avec quelque attention, l'erreur sera tout-à-fait impossible. En effet, les symptômes principaux, ceux qui dépendent de la métrite et de la péritonite feront ici complètement défaut,

5° *La rétention d'urine* : La vessie distendue par son contenu forme, il est vrai, une tumeur à l'hypogastre qui pourrait en imposer pour une augmentation de volume de la matrice; mais cette tumeur est plus superficielle que celle qui serait formée par l'utérus; elle pourra cependant être accompagnée de douleur vive à la région hypogastrique et donner lieu à un mouvement fébrile, mais le frisson initial manque. Toutefois les véritables signes différenciels sont : la disparition instantanée de la tumeur et par suite des douleurs, sous l'influence du cathétérisme, la non transmission du mouvement communiqué au col de l'utérus, à la main qui appuie sur le bas-ventre, et l'état normal de l'utérus appréciable par le toucher vaginal.

6° On ne confondra certes pas avec la métro-péritonite les *tumeurs utérines formées par des polypes, des corps fibreux et différentes dégénérescences*, et accompagnées de douleurs abdominales déterminées par l'une ou l'autre cause. En effet, supposons même que la tumeur soit assez développée pour venir faire saillie à la région hypogastrique; le toucher vaginal fournira des signes de la plus haute importance : c'est ainsi qu'on trouve ordinairement le col entr'ouvert et la tumeur hétérogène faisant saillie hors de l'orifice utérin. Ensuite, si dans ce cas il se produit un écoulement de sang, il sera assez abondant, vraiment hémorrhagique; de plus, il n'est pas continu comme l'écoulement lochial, mais intermittent. Enfin celui-ci est rarement formé par du sang presque pur, si ce n'est immédiatement après l'accouchement, contrairement aux pertes déterminées par la présence de quelque tumeur dans l'utérus.

Les tumeurs cancéreuses offrent des éléments de

diagnostic plus certains encore; c'est ainsi que, à la palpation, on trouvera à la région hypogastrique une tumeur bosselée, inégale et ne présentant nullement cette surface unie qui caractérise la saillie formée par l'utérus n'ayant point subi son retrait après la parturition; le toucher vaginal viendra confirmer d'une manière plus positive encore les résultats fournis par le premier genre d'exploration Le caractère des douleurs que provoque ordinairement cette affection, la marche de celle-ci, la constitution et les antécédents de la femme, mettront encore sur la voie du diagnostic qui, dans le doute, peut enfin être contrôlé par l'examen microscopique des matières qui s'écoulent par le vagin.

7° *La congestion utérine* qui survient parfois après la parturition peut être accompagnée de douleurs aiguës et de quelques autres symptômes morbides plus ou moins intenses; mais ils disparaissent rapidement et durent au maximum quelques jours.

8° Prendra-t-on pour une métro-péritonite une *névralgie utérine*? Un examen même très-superficiel suffira pour la faire reconnaître. En effet, les douleurs présentent un caractère particulier, bien différent de la maladie puerpérale; elles sont vagues, intermittentes, ou du moins elles diminuent ou augmentent alternativement en intensité. Au reste, il n'y a point d'écoulement, ni d'augmentation de volume de l'utérus, ni de dilatation, ni de ramollissement du col.

9° Une espèce de *tumeurs* qu'il est important de reconnaître et quelquefois difficile de distinguer de la métro-péritonite, ce sont les phlegmons pelviens. On peut trouver dans ces cas beaucoup de symptômes qui se rapprochent de ceux de la métro-péritonite; mais la

présence dans l'une des régions iliaques et ordinairement dans celle du côté droit, rarement dans celle du côté gauche et quelquefois dans les deux, d'une tumeur généralement difficile à bien délimiter, siégeant profondément, mate à la percussion, très-sensible à la pression et offrant au toucher une sensation d'empâtement, pourrait permettre de poser un diagnostic assuré.

10° L'examen attentif de la maladie fera facilement reconnaître aussi les *tumeurs indépendantes* de la matrice qui se distinguent par l'absence de frisson, de fièvre, d'écoulement lochial, d'état anormal de l'utérus, etc., et par l'impossibilité de communiquer à la paume de la main placée sur le bas-ventre, en face de la tumeur, le mouvement qu'on imprime au col de l'utérus.

11° Il est des cas de métro-péritonite qu'on pourrait prendre, par un examen superficiel, pour une péritonite simple; c'est quand la tumeur hypogastrique fait défaut. Mais l'état anormal du col, et l'écoulement morbide plus ou moins sanguinolent qui se fait par le vagin ne peuvent laisser aucun doute sur l'existence d'une inflammation de l'utérus.

12° Ne peut-il pas exister, d'autre part, des cas de métrite puerpérale simple qui simulent une métro-péritonite? L'existence concomitante d'une *névralgie abdominale ou d'une gastro-entérite* pourrait facilement induire en erreur. L'absence de nausées et de vomissements, l'existence de la douleur uniquement sur le trajet des nerfs, l'absence de tympanicité et de gonflement du ventre, tels sont les symptômes principaux qui différencient la névralgie abdominale de la péritonite. Mais les vomissements n'accompagnent pas toujours nécessairement la péritonite, et il n'est pas toujours facile

de distinguer les douleurs névralgiques des douleurs péritonéales, et dans certains cas, malgré l'examen le plus scrupuleux, il peut arriver de confondre ces deux affections.

Quant à la gastro-entérite, les douleurs seraient beaucoup plus profondes, moins intenses et n'augmenteraient qu'à une pression assez forte, tandis que le plus léger contact des corps étrangers avec les parois abdominales, même les couvertures du lit, suffisent pour éveiller une vive douleur dans les cas de péritonite.

13° Confondra-t-on avec la métro-péritonite la *congestion ou l'inflammation des méninges rachidiennes?*

Les douleurs déterminées par ces deux dernières affections, qui, du reste, éclatent souvent aussi après la parturition, peuvent en effet simuler parfaitement celles de la péritonite; mais si cette lésion existe seule, les symptômes qui caractérisent la métrite faisant défaut, on ne pourra la confondre qu'avec une péritonite simple. Si, au contraire, il existe une métrite concurremment à cette névralgie abdominale, le diagnostic sera très-difficile et souvent même tout-à-fait impossible. On pourra, il est vrai, invoquer comme caractères différenciels : la douleur provoquée par la pression sur les apophyses épineuses, l'existence des douleurs seulement sur le trajet des nerfs abdominaux et leur extension à ceux des membres inférieurs, et quelquefois aussi aux membres supérieurs et au thorax, enfin l'absence de gonflement et de tympanicité de l'abdomen. Si ces symptômes sont bien accusés, nettement tranchés, on pourra en tirer des conclusions positives, mais combien de fois n'arrive-t-il pas que ces douleurs semblent se limiter à la partie inférieure du tronc? D'un autre côté,

les douleurs de la péritonite peuvent s'irradier vers le dos, jusqu'à la colonne vertébrale, et ces régions être douloureuses à la pression, sans qu'il existe aucune lésion du côté du rachis.

Enfin la métro-péritonite peut se compliquer non seulement de congestion ou de méningite rachidienne, mais aussi de névralgie abdominale survenue, soit par voie d'extension de l'inflammation du péritoine, soit par toute autre cause.

La coexistence de ces diverses affections sera souvent très-difficile et parfois même impossible à reconnaître. Au reste, à quoi servirait cette précision de diagnostic, dans ces derniers cas qui seuls peuvent offrir de sérieuses difficultés?

Pourquoi chercher à dévoiler ce que la nature semble vouloir dérober à nos investigations, puisque cette distinction subtile ne pourrait offrir d'avantage qu'au point de vue clinique, ou pour la propre satisfaction personnelle du médecin, sans présenter une bien grande utilité pratique. En effet, le diagnostic positivement établi n'apporterait aucune modification dans la thérapeutique à mettre en usage et dont la base reposerait, dans l'un comme dans l'autre cas, sur les émissions sanguines, soit locales soit générales.

MARCHE ET TERMINAISON.

La marche de cette affection peut présenter trois formes : elle peut être rétrograde et aboutir à une fin heureuse, ou bien être progressive et tendre vers une terminaison fatale, ou enfin rester à l'état latent, c'est-à-dire marcher vers la chronicité.

Dans le premier cas, on voit bientôt, sous l'influence de la thérapeutique mise en usage, tous les symptômes s'amender graduellement. Les phénomènes généraux : faiblesse, céphalalgie, excès de calorification, se dissipent; le pouls devient plus calme, moins fort, se ralentit et descend peu à peu jusqu'à ce qu'il ait atteint son rythme normal.

La langue redevient humide, la soif est moins vive, l'appétit se déclare, les nausées et les vomissements diminuent et finissent par disparaître tout-à-fait, de même que la constipation ou la diarrhée, si celle-ci s'est produite.

Les urines reprennent leur aspect normal. Le météorisme disparaît, le retrait de l'organe utérin devient manifeste, les douleurs abdominales diminuent. La malade peut alors se coucher et se tourner sur tous les côtés indifféremment; le ventre devient souple dans toute son étendue, et la physionomie reprend son aspect naturel.

Enfin, les lochies redeviennent normales; c'est ainsi que, si elles ont été sanguinolentes, on les voit bientôt prendre un aspect blanchâtre; et ordinairement, trois semaines ou un mois après le début de la maladie, les malades peuvent reprendre leurs occupations. Levret, Tissot, Doublet, etc., disent avoir eu fréquemment l'occasion d'observer que les accidents les plus funestes, que les symptômes les plus alarmants disparaissent presque toujours quand le lait se porte aux mamelles. Telle est ordinairement la marche que suivent les cas isolés, sporadiques.

La métro-péritonite puerpérale épidémique, au contraire, a le plus souvent une terminaison fâcheuse.

Quant au retour de la sécrétion lactée (quand celle-ci a été supprimée), c'est simplement l'effet et non la cause de l'amélioration de la maladie.

D'après Dubreuilh fils, dans certains cas, la maladie serait jugée par une évacuation critique, telle qu'une sueur abondante, un flux copieux d'urine, des selles liquides nombreuses, une salivation continuelle. Les urines critiques sont louches, contiennent un sédiment qui paraît d'abord filandreux, mais qui se précipite ensuite et forme une masse d'un blanc mat; ce précipité formé surtout d'acide urique, apparaît également par l'addition d'une légère quantité d'acide nitrique et

disparaît par un excès de ce réactif. Il peut se former alors, dans la cavité péritonéale, des adhérences qui ont pour cause l'organisation des pseudo-membranes.

Enfin, il peut encore survenir une autre terminaison heureuse, mais malheureusement trop rare, de la métro-péritonite puerpérale : c'est la terminaison par suppuration avec évacuation au-dehors, soit spontanément par l'ombilic, soit par une ouverture artificielle, la poche purulente venant proéminer vers les téguments du bas-ventre.

Doublet, Lepelletier, Pujol et beaucoup d'autres auteurs en citent des exemples ; et les praticiens de nos jours en ont aussi rapporté plus d'un cas.

D'autres fois les symptômes, ordinairement peu intenses, persistent, restent à l'état latent ; en un mot, l'affection prend une marche chronique.

Enfin, tous les symptômes peuvent aller en s'aggravant jusqu'à la mort : On voit alors la face et les lèvres se décolorer ; les traits s'altèrent profondément, le visage exprime l'abattement, la peau est brûlante. La plupart des malades conservent toute leur intelligence jusqu'au dernier moment ; le délire survient chez quelques-uns, mais rarement il est furieux. Céphalalgie très-forte, tête chaude. Dans cette période grave, le front et les joues sont couverts d'une sueur visqueuse. Décubitus dorsal, prostration. Le pouls perd de son ampleur, il devient petit, mou, dépressible, filiforme, à peine sensible, et peut aller jusqu'à 160 pulsations et au-delà ; en un mot il peut devenir si fréquent qu'il soit presque impossible de le compter ; tandis que la température s'abaisse. La langue est rouge et sèche, la soif vive, la perte d'appétit complète ;

les vomissements persistent et deviennent même souvent plus opiniâtres. Il y a ordinairement diarrhée. Les extrémités se refroidissent ; il se présente de la dyspnée et de la stupeur pouvant atteindre un haut degré. Lorsque le météorisme est très-prononcé, la respiration est généralement très-fréquente, anxieuse, haletante, la face prend une expression d'angoise générale ; le front se couvre d'une sueur froide.

Les douleurs abdominales augmentent d'abord en intensité, pour diminuer ensuite chez la plupart ; souvent même elles cessent complètement quelques heures avant le terme fatal et sont remplacées par un météorisme considérable. Cette disparition de la douleur peu de temps avant la mort tient parfois, d'après M. Joulin, à la sidération que subit le système nerveux, la patiente ne perçoit plus cette sensation que d'une manière obscure. Enfin, la mort vient mettre un terme à cette scène de douleur.

PRONOSTIC.

Il est très-variable et dépend d'une foule de circonstances :

1° *Du temps que l'affection a mis à se développer après l'accouchement.* C'est ainsi qu'il sera grave quand la maladie éclatera pendant ou très-peu de temps après le travail ; la terminaison funeste est la règle dans ce cas. Si, au contraire, la maladie ne survient qu'après le 5e, le 6e ou le 7e jour, le pronostic devient de plus en plus favorable. M. Bouchut avait déjà fait cette remarque dans un travail qu'il a publié sur ce sujet, sous le nom de fièvre puerpérale (1).

Voici ce que dit l'auteur sur le pronostic de cette affection : « Si nous voulions restreindre ces considérations de pronostic à l'épidémie observée dans l'hôpital de Necker, le résultat, tout en ayant l'exactitude nécessaire, donnerait une fausse idée de la gravité de la

(1) Gazette médicale de Paris, n° 10, année 1844.

fièvre puerpérale. Nous en avons indiqué le motif dans notre introduction, en disant que nous avions surtout observé les accidents secondaires de l'épidémie, tandis qu'à la Maternité, par exemple, on ne rencontrait que les accidents primitifs, les plus sérieux de tous. Or, à l'hôpital Necker, nous avons observé 54 femmes atteintes par la fièvre puerpérale ; 25 d'entre elles, c'est-à-dire près de la moitié, ont succombé.

» A la Maternité, sur 250 malades, il y a eu 230 décès ; proportion toute différente, infiniment plus considérable, comme on le voit ; d'où il suit que le moment du développement des accidents contribue beaucoup à leur donner de la gravité. Il semble démontré que plus on s'éloigne de la délivrance, moins grandes soient les chances de mortalité. » M. A. Boyer dit encore : « L'expérience a démontré qu'à la suite des couches, la gravité de la phlogose péritonéale est d'autant moindre qu'elle survient plus longtemps après la délivrance. »

L'auteur (1) cite des exemples à l'appui de ce qu'il avance.

2° *Des conditions soit constitutionnelles, soit atmosphériques, soit hygiéniques*. Ainsi, une constitution forte mais irritable, un tempérament sanguin ou nervoso-sanguin disposent aux réactions inflammatoires intenses et rendent par conséquent le pronostic fâcheux. Quant aux conditions atmosphériques, bon nombre d'auteurs sont d'avis que les saisons froides et surtout humides sont favorables au développement de cette affection et

(1) Gazette médicale de Paris; Revue des cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu pendant les mois de Décembre 1834, Janvier et Février 1835.

semblent lui donner un certain caractere de gravité ; du reste, les statistiques le prouvent suffisamment.

Les conditions hygiéniques dans lesquelles se trouve la parturiante au moment de ses couches et après la délivrance ou au moment où la maladie débute, ont également une grande influence sur le pronostic.

C'est du reste l'opinion de beaucoup d'auteurs et entre autres de M. Bouchut, qui s'exprime en ces termes : « Le lieu de l'accouchement n'influe pas moins sur la gravité du mal : ainsi 36 de nos malades avaient accouché à la Maternité; 19, c'est-à-dire un peu plus de la moitié, succombèrent; au contraire, 16 étaient restées chez elles, et furent néanmoins atteintes par l'épidémie; 6 seulement ont succombé. Quoiqu'il ne paraisse pas très-rigoureux de conclure à l'aide d'un si petit nombre d'observations, ces faits en appellent d'autres et l'on peut penser *a priori* qu'ils viendront confirmer cette opinion, que la fièvre puerpérale développée dans la ville est beaucoup moins dangereuse que celle qui apparaît dans les maisons d'accouchement. »

L'encombrement et l'insalubrité de l'air qu'on respire dans les Maternités expliquent parfaitement les résultats donnés par l'auteur français.

3° *De l'étendue de l'inflammation et de sa marche.* Le pronostic est grave quand la péritonite tend à se généraliser et que l'inflammation envahit les parties supérieures de la séreuse (péritonite sus-ombilicale de Beau). Alors, en effet, on voit ordinairement survenir des épanchements étendus, et l'inflammation du péritoine peut retentir sur le foie par contiguité et y déterminer soit une simple congestion, soit une véritable

inflammation; on a alors la forme bilieuse de certains auteurs.

Si, au contraire, la péritonite se localise à la région utérine (péritonite sous-ombilicale de Beau), le pronostic est favorable.

4° *De l'intensité avec laquelle elle se développe.* Si l'inflammation est vive, se montre d'emblée sous une forme très-accentuée, avec frisson initial violent, pouls à 120 à 140, vomissements, météorisme, etc.; en un mot, si on se trouve en présence d'une métro-péritonite puerpérale de forme typhoïde de certains auteurs, elle sera pernicieuse.

Dans les cas de réaction médiocrement intense, au contraire, cas dans lesquels on remarque l'absence des symptômes qui viennent d'être énumérés, le pronostic sera favorable.

5° *Des complications qui peuvent survenir.* La métro-péritonite franche et de médiocre intensité est généralement peu grave. Mais dans les cas où des complications surviennent l'issue pourra devenir rapidement funeste. Tel est le cas, par exemple, pour la pleurésie, la pneumonie, la péricardite, l'hépatite, et même, dans beaucoup de cas, pour les phlegmons iliaques.

« Toutefois, cette dernière complication, bien que fâcheuse, ne rend pas nécessairement le pronostic plus défavorable, dit M. Bouchut, à condition que l'on emploiera avec activité un bon traitement. Dans ce cas, dit l'auteur, à moins de phlegmon ancien et considérable, la guérison pourra même s'obtenir assez rapidement. L'essai pourrait devenir funeste, ajoute-t-il, si la maladie n'était pas convenablement traitée ou entreprise à temps. »

6° *De son état sporadique ou épidémique.* L'affection est ordinairement moins intense et surtout moins rebelle à la thérapeutique lorsqu'elle est sporadique et s'est développée en dehors de toute épidémie d'affection puerpérale.

Les cas épidémiques, au contraire, présentent en général un caractère pernicieux. Toutefois ces épidémies sont très-variables : les unes présentent une forme assez bénigne, tandis que d'autres sont tellement intenses que presque toutes les femmes qui en sont frappées succombent.

7° *De la cause déterminante.* C'est ainsi que dans les cas où l'affection dépend d'une rupture ou du traumatisme de l'organe utérin, le pronostic sera toujours réservé. Il en sera de même quand la maladie éclatera sous l'influence de causes qu'on ne peut supprimer, telles que mauvaises conditions hygiéniques ou constitutionnelles, ou bien par l'inoculation directe des fluides morbides.

8° *Des conditions dans lesquelles l'accouchement s'est effectué.* Ainsi le pronostic est défavorable quand l'affection puerpérale survient à la suite d'une hémorrhagie abondante, comme le fait remarquer M. Joulin (Traité d'accouchements).

Il en est de même dans les cas où le travail parturitif a duré longtemps et a épuisé la femme, et quand elle a dû subir des manœuvres obstétricales, surtout si celles-ci ont été de longue durée.

9° *De la persistance ou de la diminution de la fréquence du pouls.* En effet, lorsque la fréquence du pouls diminue avec les autres symptômes, on doit espérer une terminaison heureuse.

Si, au contraire, le pouls reste très-fréquent, si par exemple il fournit 120 pulsations à la minute ou davantage. alors même que les autres symptômes paraissent s'amender, le pronostic est grave.

Ce fait a été parfaitement apprécié par Hulme, Delaroche (1) et Joulin (2).

10° Le pronostic est également grave quand la femme est déjà affaiblie par des maladies antérieures.

Enfin, le pronostic est très-grave dans les cas où il survient de l'ichorrhémie ou de la septicémie.

(1) Ch. Dubreuilh, loc. cit.

(2) Ouvr. cit.

TRAITEMENT.

Il est prophylactique ou curatif. *Le traitement prophylactique est général ou local.*

1° *Traitement prophylactique général.* — Cruveilhier « demande la suppression des grands hospices d'accouchements et leur remplacement par des secours à domicile, auxquels on pourrait ajouter un certain nombre de petits hospices, situés hors ville, pouvant admettre 12, 15, 20 femmes en couches, dans lesquels chaque accouchée pourrait avoir une chambre particulière (1). » Danyau est d'un avis contraire (2). Il dit que « loin de supprimer les hôpitaux d'accouchements, il faut en augmenter le nombre, avoir des salles toujours libres et ne les occuper qu'à tour de rôle, après aëration prolongée, nettoyage minutieux, fumigations désinfectantes, blanchiment à la chaux, renouvellement de la

(1) Académie de Paris, séance du 6 Avril 1858.
(2) Académie de Paris, séance du 6 Avril 1858.

literie, etc. » Il ajoute « qu'au moment où éclate une épidémie, il y a urgence de suspendre les entrées et d'évacuer les salles aussi promptement que possible. »

Ces conditions se trouvent en partie réalisées à l'hôpital St-Louis où existent, pour les femmes en couches, deux salles de huit lits chacune et huit petites chambres à un lit : Or d'après les tableaux présentés par M. Depaul dans sa première communication à l'Académie de médecine de Paris, en 1858 : de 1852 à 1856 inclusivement, il n'y a eu, dans le service d'accouchements de St-Louis, que 9 décès par affection puerpérale sur 3748 accouchements, ou un sur 416 (1). On a fait des tentatives du même genre en Angleterre, mais elles n'ont pas toujours réalisé les espérances qu'on s'était cru en droit de fonder sur elles.

A l'hôpital destiné aux femmes mariées *(British Lying in hospital for married women)*, on compte 42 lits distribués en plusieurs chambres, qui chacune, en contiennent cinq ou six. On les emploie alternativement et l'on procède annuellement au nettoyage et à l'assainissement. Le nombre des accouchements est de 100 à 300 par an; or on a compté :

De 1789 à 1798, 1 décès sur 28,8.

De 1829 à 1838, 1 décès sur 39,3.

De Juillet 1812 à Août 1815, on n'a pas eu un cas de mort sur 1059 accouchements. Dans l'établissement appelé *Cityof London Lying in hospital,* existent 50 lits : l'air y est bien renouvelé : le nombre annuel d'accouchements varie entre 500 et 600. Après quelque temps d'usage, les chambres sont lavées.

(1) Danyau, séance de l'Académie de médecine de Paris, 29 Juin 1858.

Voici quelques-uns des résultats observés :

De 1827 à 1846, 1 décès sur 84,3 accouchements.
En 1847 1 décès sur 79 »
En 1848 1 décès sur 20,2 »

A Copenhague, après avoir assaini l'hôpital, donné une chambre bien aérée, bien ventilée à chaque femme en particulier, il y eut, vers 1849, un décès sur 20 accouchements.

On prit le parti d'envoyer les femmes en couches chez des sages-femmes préparées pour les recevoir : d'abord on eut à s'applaudir de cette mesure ; mais bientôt la mortalité s'accrut, chacun de ces refuges étant devenu un foyer d'infection (1).

L'opinion de Danyau semble devoir être admise et la suppression des hospices d'accouchements être tout au moins chose superflue.

Du reste, on a pu observer que souvent les épidémies de métro-péritonite puerpérale débutaient chez les femmes qui accouchent en ville.

Ce qu'il faut, c'est une hygiène convenable dans les salles de Maternité qui doivent être, autant que possible, éloignées des pavillons d'amphithéâtre et des salles de malades. On devrait même établir les Maternités en dehors des villes et les diviser en plusieurs petits pavillons suffisamment éloignés les uns des autres et entourés de jardins plantés d'arbres, comme l'a fait observer M. Hyernaux en prenant part aux discussions que cette importante question a soulevées, l'an dernier, au sein du congrès international des sciences médicales.

(1) Professeur Faye, état hygiénique de plusieurs hôpitaux, etc.; Union médicale, 12 Novembre 1850.

Mais les conseils hygiéniques donnés par M. le professeur Eug. Hubert, de Louvain (1), concernant le personnel de l'établissement, les salles, les objets de couchage, les linges, les instruments, le régime, l'aérage, etc., sont d'une bien plus haute importance au point de vue prophylactique, et ils méritent certainement d'être pris en sérieuse considération.

On doit également bien aérer les salles, en ayant soin, pendant ce temps, d'envelopper convenablement les accouchées. Si les dispositions de l'hôpital le permettent, il faut laisser pendant un certain temps une salle inoccupée avant d'y placer les parturiantes. Le blanchiment fréquent des murs, ainsi que le nettoyage de la literie. le lavage fréquent des parquets et l'emploi des désinfectants sont aussi des mesures qu'il ne faut point négliger.

Traitement préservatif d'Empis :

« 1° Large ventilation des salles; il y attache, et avec raison, une grande importance.

» 2° Les femmes admises dans le service sont soumises au moment de leur entrée à un grand bain savonneux. Après l'accouchement, le linge est entièrement changé tous les jours et des soins minutieux de propreté sont prescrits pour prévenir l'altération des lochies.

» 3° Toute femme malade est immédiatement transportée dans un service de médecine, pour éviter qu'elle ne devienne un foyer de contagion pour les autres. »

M. Joulin publie, dans son traité d'accouchements, page 1172, les résultats obtenus par Empis au moyen de ces précautions.

(1) Journal des sciences médicales de Louvain, mois de Mai et Juin 1876.

Il est prudent que les femmes atteintes de métro-péritonite puerpérale soient immédiatement séparées des autres et transportées dans une infirmerie spéciale, non à cause de la contagion que l'on ne doit pas admettre, mais pour prévenir l'infection de l'air contenu dans les salles et par suite celle des nouvelles accouchées qui s'y trouvent, par l'intermédiaire des plaies vaginales et utérines.

On doit avoir soin aussi de ne pratiquer le toucher vaginal, surtout en temps d'épidémie, qu'après s'être bien lavé les mains ; et si l'on a procédé, peu de temps auparavant, au pansement d'une plaie suppurante, surtout si le pus est de mauvaise nature, ou bien à une nécropsie ou enfin au toucher vaginal d'une femme atteinte de métro-péritonite, il sera très-prudent de se laver les mains dans des liquides désinfectants, tels que : l'eau chlorurée, une solution de permanganate de potasse, les acides concentrés et surtout l'acide phénique.

Et malgré toutes ces précautions, il sera bien plus prudent encore de ne point se livrer à la pratique des accouchements dans ces conditions.

Il faut en outre veiller à ce que l'accouchée ne soit en contact qu'avec du linge lavé fraîchement et avec le plus grand soin. Ces précautions sont surtout nécessaires pendant l'accouchement et les premiers jours qui le suivent.

Plus tard les plaies se cicatrisent ou se recouvrent de granulations, de sorte que l'absorption des matières infectantes ne peut plus guère avoir lieu. C'est ainsi que l'on a vu des femmes rester bien portantes quoique reposant sur des linges fétides et imprégnés de sang et de lochies.

Les instruments dont on se sert doivent également être tenus dans un état d'excessive propreté.

M. Carl Schröder (1) va plus loin :

« Si l'on s'est trouvé longtemps, dit-il, en contact intime avec des matières septiques, il est indispensable de changer de linge et d'habits, puisque, par exemple, lorsque l'on a touché une accouchée atteinte de fièvre puerpérale, de la façon habituelle, on ne peut jamais répondre qu'il ne reste pas de matière infectante sur les manches de l'habit qui a été introduit sous les couvertures.

« Si le médecin se conforme scrupuleusement à cette pratique, il pourra éviter de recourir à l'usage qui est observé par les médecins anglais qui renoncent pendant quelque temps à la pratique obstétricale lorsqu'ils se sont trouvés avoir affaire à des maladies puerpérales. »

« La sage-femme étant un facteur qui peut communiquer la fièvre puerpérale, elle réclame, dit le même auteur (2), une surveillance d'autant plus attentive qu'elle ne connait pas le danger de l'exploration manuelle, ou que même si son attention a été éveillée sur ce point, elle n'est que très-incomplètement en état de se rendre compte du caractère des dangers. Il semble par conséquent expressément désirable que les sages-femmes qui donnent leurs soins à des femmes malades, renoncent aux accouchements. Mais comme cela est très-difficile, sinon impossible, le conseil inverse de Boehr (3) mérite toute considération. Boehr conseille, à partir du moment où une accouchée devient malade,

(1) Ouvr. cit., p. 691.
(2) Loc. cit.
(3) M. f. G. vol. XXXII, p. 415.

de ne plus laisser la sage-femme approcher de la malade, et de faire donner les soins indispensables par d'autres personnes. »

Certains auteurs ont conseillé la division du personnel médical en deux groupes distincts sous le rapport du service, l'un destiné aux femmes saines, et l'autre aux femmes malades.

Cette précaution serait d'un grand intérêt pour la sécurité des femmes saines, car ce doit être là une des causes principales de la propagation de cette terrible affection. Enfin, il faut, autant que possible, une température modérée mais toujours uniforme dans la chambre des femmes en couches.

Mais n'existe-t-il pas un moyen de prévenir la formation ou du moins de détruire à mesure qu'il se développe, le principe infectieux qui se trouve confiné dans les salles qui contiennent des femmes atteintes de métro-péritonite puerpérale ou dans les salles de chirurgie où il y a des malades atteints de plaies fournissant un pus altéré et infect : ce principe infectieux qui, transporté par l'intermédiaire de l'air, va communiquer le fléau aux nouvelles accouchées, en mettant en contact avec les plaies vaginales et utérines ce principe morbide ?

La méthode appliquée par M. Lister aux opérations chirurgicales et au pansement des plaies pourrait peut-être remplir cette importante condition. Ce procédé consisterait à répandre de l'eau phéniquée dans les salles au moyen d'un pulvérisateur. Il faudrait dans ce cas renouveler souvent ces pulvérisations, par exemple toutes les heures, ou même plus souvent quand la maladie sévirait avec intensité. On devrait en outre

répandre ce liquide pulvérisé non seulement dans la salle où se trouvent les malades, mais aussi sur le lit et sous les couvertures, en même temps qu'on ferait des injections vaginales avec des liquides contenant de l'acide phénique auquel on pourrait joindre de l'acide salicilique.

Traitement prophylactique local ou individuel. — La métrite physiologique de l'accouchement doit être traitée comme toute inflammation pathologique; aussi faut-il donner aux nouvelles accouchées une alimentation convenable, subordonnée à leurs besoins et exiger le repos horizontal au lit.

Elles ne peuvent ni se lever trop tôt, ni se découvrir, ni se laver à l'eau froide, etc. ; il faut écarter d'elles toutes les émotions morales.

Quant au terme à limiter pour le séjour au lit, il est très-variable : ainsi, neuf jours (terme minimum) suffisent à certaines femmes, tandis que d'autres doivent y rester pendant quinze jours et même un mois.

La métrite physiologique est-elle alors guérie ? Non, pas complètement, mais désormais elle peut guérir d'elle-même. Le temps nécessaire à sa guérison complète est de cinq à six semaines, temps pendant lequel dure l'écoulement des lochies. C'est pendant toute cette durée qu'il faut éviter tous les écarts de régime et principalement le refroidissement, si l'on veut prévenir l'invasion de la métrite véritable, c'est-à-dire pathologique.

S'il y a anémie profonde, il faut administer de bonne heure le fer et le vin de quinquina qui accélèrent la réparation et augmentent la force de résistance contre la cause épidémique, comme le fait remarquer Legroux.

Si le lendemain ou le surlendemain de l'accouchement l'utérus n'est pas revenu sur lui-même, s'il est douloureux à la pression, quelque peu que ce soit, il faut se défier ; l'invasion de la métrite menace. On doit appliquer immédiatement des cataplasmes ou faire des fomentations tièdes, et même, si les symptômes paraissent quelque peu alarmants, six à dix sangsues à la région pré-utérine. On enrayera ainsi, dans beaucoup de cas, la marche de l'affection.

Aussi ne doit-on jamais négliger d'explorer cet organe par la palpation, chez les femmes qui viennent d'accoucher, surtout en temps d'épidémie de métro-péritonite puerpérale, afin de pouvoir agir dès que les premiers symptômes se manifestent. On ordonne en même temps le repos le plus absolu tant de l'esprit que du corps et la diète absolue ; on peut aussi, avec avantage, faire suivre l'émission sanguine locale d'une application de cataplasmes émollients.

« Aux coliques passagères qui annoncent un certain degré d'éréthisme ou de congestion utérine, et s'accompagnent parfois de tension et de douleur à la pression, Legroux oppose un julep opiacé additionné d'acétate d'ammoniaque.

» Si l'utérus est volumineux et flasque, il donne avec avantage le seigle ergoté à doses fractionnées. »

Dès que ces premiers symptômes apparaissent, M. Béhier emploie comme traitement préventif la glace qu'il applique de la manière suivante : Une grosse vessie en caoutchouc vulcanisé est remplie aux deux tiers de glace en morceaux. Une serviette mouillée et pliée en huit est placée sur la région douloureuse, et supporte la vessie, de manière à ce qu'elle ne soit pas

en contact immédiat avec l'abdomen. L'application du froid doit être continue ; on a soin de renouveler la glace de l'appareil avant qu'elle ne soit entièrement fondue. Il faut surveiller l'état du tégument ; si la peau est rouge, on continue, mais si elle prenait une teinte blanchâtre, il faudrait supprimer momentanément le froid, pour éviter une gangrène superficielle à la rigueur possible. Cette complication ne présente du reste aucun danger sérieux ; elle prolonge un peu la convalescence, et n'a pas d'autre inconvénient. A défaut de glace, dit M. Béhier, on emploie l'eau aussi froide que possible, contenue dans une vessie et souvent renouvelée.

« Ce procédé, continue l'auteur, rend de grands services non seulement comme *moyen prophylactique*, mais encore dans le traitement des *péritonites confirmées*. Les femmes supportent cette médication avec une certaine impatience dans les commencements, mais bientôt elles en réclament elles-mêmes l'application. Le premier phénomène qu'on observe dans ces conditions est la disparition de la douleur. »

M. Béhier n'a pas publié la statistique des résultats obtenus, mais ils semblent lui avoir été très-favorables, et sa thérapeutique rencontra des partisans ; Bourdon entr'autres, son successeur à l'hôpital de la Charité, eut, paraît-il, à se louer de cette médication.

Toutefois, les nombreux succès que fournit généralement la médication antiphlogistique m'autorisent à croire que rien ne peut être aussi utile que l'application de sangsues et de cataplasmes à la région pré-utérine, et j'oserais même affirmer qu'aucune médication ne pourra jamais renverser celle-ci.

« Le Dr Lenz (1), de Warth (Suisse), pense avoir trouvé un moyen prophylactique contre la métrite traumatique dans l'application méthodique de fomentations froides sur le ventre. Après des manœuvres difficiles (accouchements par le forceps, versions ou détachement du placenta à l'aide de la main), il fait, pendant les deux ou trois premiers jours qui suivent l'accouchement, recouvrir les parties génitales et l'abdomen jusqu'à quelques pouces au dessus de l'ombilic (jour et nuit, même durant le sommeil) de linges trempés dans de l'eau tiède pour les premières heures, ensuite dans de l'eau froide et finalement dans de l'eau à la glace. Il attribue à cette pratique, et à l'usage d'injections vaginales avec une infusion de fleurs de camomille ou une décoction d'herbes de jusquiame (la première après le détachement artificiel du placenta, et la seconde après les accouchements par le forceps), la chance qu'il a eue depuis un certain nombre d'années, dans quatre cas de version, dix d'application du forceps et douze de délivrance artificielle (tous cas très-difficiles) de ne jamais observer d'inflammation ni de fièvre et d'avoir toujours eu des suites de couches normales. »

« Le moyen recommandé par le Dr Lenz n'est pas nouveau, dit Dieudonné, auteur de cette note, et a déjà été depuis longtemps conseillé par quelques accoucheurs contre la fièvre puerpérale. C'est ainsi, par exemple, que des fomentations d'eau à la glace sont largement employées par le docteur Pippingskold à l'hôpital d'Helsingfors et par le professeur Streng à la clinique pour sages-femmes à Prague, et signalées

(1) Journal de Médecine, septembre 1861, p. 284.

comme très-efficaces par ces deux praticiens. Mais des résultats favorables n'ont été observés, à ce qu'il paraît, ainsi que cela a déjà été mentionné par le docteur Lehmann (1), que lorsque ces applications froides ont été faites dès le début de la maladie. »

« Les évacuations alvines, dit Legroux, doivent encore être l'objet d'une surveillance attentive : quand un lavement administré le premier jour ne les provoque pas, huit à dix grammes d'huile de ricin déterminent trois à huit selles, purgatif favorable au dégorgement de l'utérus et qui suffit souvent pour faire disparaître des symptômes inquiétants.

» La fétidité des lochies réclame l'emploi d'injections vaginales, émollientes et chlorurées, employées seulement comme prescriptions hygiéniques générales et non en vue de s'opposer à une infection d'où naîtrait la fièvre puerpérale. »

Tous ces moyens recommandés par Legroux sont conformes aux règles d'une bonne hygiène et méritent une attention très-sérieuse.

« Enfin, le sulfate de quinine fut administré, dit Ch. Dubreuilh (2), dans le but d'empêcher que la cause, une fois mise en jeu, n'agisse sur l'économie. C'est surtout en temps d'épidémie d'affection puerpérale que ce moyen fut conseillé à Cazeaux par le médecin en chef d'un hospice de Maternité qui suivait ses visites, et qui dit en avoir obtenu les plus beaux résultats dans une épidémie.

(1) Beschouwingen over de febris puerperalis.

(2) Ouvr. cit.

» Ce fut le 12 septembre 1845 que cette nouvelle médication fut mise en usage. De suite après leurs couches, chaque femme prenait le sulfate de quinine à la dose d'un gramme chaque jour ; elles le continuaient pendant quatre jours. On le supprimait aussitôt que les accidents de la fièvre puerpérale survenaient ; il fut continué jusqu'au 20 du même mois inclusivement. Pendant ce temps, c'est-à-dire dans l'espace de neuf jours, vingt-cinq femmes accouchèrent, treize furent prises de la fièvre puerpérale, et trois seulement succombèrent, Mais les expériences que M. Cazeaux fit à cette époque ne peuvent paraître nullement concluantes; car le mode de traitement employé jusqu'à ce jour fut aussi changé : l'ipécacuanha et les saignées locales répétées remplacèrent les frictions mercurielles et le calomel dont les effets étaient devenus nuls. Il était difficile de juger si la mortalité, moins grande, a été due à l'emploi du sulfate de quinine, administré à l'avance, ou bien au changement de traitement. Pour ce qui a rapport au nombre de femmes prises de la fièvre puerpérale, c'était à peu près la même proportion.

» Nous ne pouvons, dit Ch. Dubreuilh, tirer aucune conclusion de ces résultats. »

Il est difficile d'admettre l'efficacité du sulfate de quinine comme moyen prophylactique, car elle n'a été nullement démontrée jusqu'ici d'une manière nette et précise.

M. Depaul a donné en 1858, à l'académie de Médecine de Paris, l'historique de l'emploi du sulfate de quinine comme moyen prophylactique; il a rappelé les expériences de Leudet, consignées dans la thèse de Folleville (6 mars 1847), celles de Cazeaux à la Clinique

(1848), et enfin la note présentée à l'Institut par Piédagnel (1856).

Il résulte des recherches faites par M. Depaul que l'action de ce médicament administré au point de vue de la prophylaxie serait complètement nulle.

Trousseau n'en retira non plus aucun résultat. Danyau y attache cependant une certaine valeur comme préservatif. Beau l'a mis en usage à l'hôpital de Cochin et le considère comme un moyen curatif important. Le traitement de Beau essayé à l'Hôtel-Dieu par Trousseau, à la Maternité par Delpech, à la Clinique par M. Depaul, n'a donné aucun résultat favorable.

2° *Traitement curatif*. — On ne peut en aucune façon assigner de traitement exclusif à cette maladie. Il doit être individuel et peut être très-variable d'un sujet à un autre.

M. Carl Schröder (1) fait observer « qu'on ne connaît pas de moyen spécifique qui, une fois l'infection produite, soit en état de paralyser l'action des matières septiques sur les tissus et sur le sang. Polli (2) a récemment conseillé dans ce but les hyposulfites. Bernatzick et G. Braun (3) les ont essayés au lit des malades et rejettent leur emploi, pourtant, d'après notre opinion, le jugement que l'on a posé sur eux, d'après les preuves que l'on a fournies, est trop défavorable. Le sulfate de soude acide et le sulfate de potasse (4 gr. par jour), ainsi que l'acide sulfurique (2 gr. pour 500 gr. d'eau sucrée par jour) amènent des diarrhées profuses, et

(1) Ouvr. cit., p. 692.
(2) Voy. Cantani, *Arch. d. Heilk.*, 1863, p. 273.
(3) *Wiener med. W.*, 1869, n°s 94-100 et 1872, n°s 3-5.

agissent d'une façon extrêmement favorable, quoique la diarrhée force à les supprimer promptement. Hüter et Tommasi (1) conseillent, d'après leurs expériences sur les lapins, le carbonate de soude et le permanganate de potasse. Tylor Smith (2) a vu un cas incontestable de guérison après l'injection dans les veines de liqueur ammoniacale étendue d'eau (1 : 3). »

Emissions sanguines, préparations mercurielles et cataplasmes. — Les émissions sanguines locales ou générales constituent la base du traitement de la métro-péritonite puerpérale. Cette méthode est suivie par la plupart des praticiens ; c'est, du reste, celle qui compte le plus de succès.

Les émissions sanguines locales sont ordinairement plus avantageuses que la saignée, à moins qu'on ait à traiter des femmes pléthoriques, de forte constitution ; dans ce cas, la saignée, répétée même à diverses reprises ou suivie d'application locale de sangsues, peut devenir tout-à-fait nécessaire. Le plus souvent, c'est aux applications de sangsues que l'on doit avoir recours, et leur nombre sera toujours en rapport avec l'intensité de l'inflammation ; on en a vu mettre jusque 60 simultanément. On peut aussi appliquer seulement quelques sangsues à la fois sur la région abdominale, à la condition d'en substituer d'autres à celles-ci dès qu'elles seront détachées de la peau, de manière à obtenir, pendant un certain temps, un écoulement de sang léger mais continu.

Les émissions sanguines doivent toujours être em-

(1) Voy. Hüter, *Handb. d. allg. und spec. Chir.*, von Pitha u Billroth, vol. I, part. II, cah. 1, p. 54.

(2) *Obst. Trans.*, XI, p. 247.

ployées au plus tôt, dès que les premiers symptômes se manifestent. On prescrit en même temps la diète absolue, le repos au lit et l'usage de boissons rafraîchissantes : eau froide, tisanes, limonades. On fait suivre les émissions sanguines de frictions mercurielles abondantes et pratiquées, toutes les deux heures sur le ventre, et l'on applique des cataplasmes émollients que l'on doit souvent renouveler.

Si les vomissements sont abondants et surtout s'ils sont provoqués par l'ingestion de liquides, on fait sucer de la glace, ce qui offre le grand avantage de laisser tomber l'eau goutte à goutte dans l'estomac. On peut aussi donner simultanément un à deux centigrammes d'acétate de morphine dans les 24 heures.

La méthode antiphlogistique a été employée avec succès par :

Ch. Dubreuilh fils (1) *(sangsues, frictions mercurielles et cataplasmes)*; Gaube (2), qui suit la même médication et administre en même temps à l'intérieur le calomel à doses altérantes; A. Willemin (3) *(saignée ou sangsues et cataplasmes émollients)*; Chomel (4) *(saignée même répétée, suivie d'application de sangsues, de frictions mercurielles et de cataplasmes sur l'abdomen)*; P. Dubois (5) *(sangsues, frictions mercurielles et cataplasmes)*; Bouillaud (6) *(sangsues, frictions mercurielles et cataplasmes)*; Munaret (7) *(sangsues et frictions à l'essence*

(1) Loc. cit.

(2) Loc. cit.

(3) Lancette du 14 Février 1834; Gaz. des hôpitaux, n° 8, 1843, et Annales de médecine Belge et étrangère, Janvier 1835.

(4) Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, 1835.

(5) Lancette française, Gaz. des hôpitaux, n° 37, le 27 Mars 1838.

(6) Gaz. des hôpitaux, n° 4, année 1842.

(7) Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 1863.

de térébenthine). Enfin, la saignée pratiquée déjà par Gordon, Hey et Denman leur a donné de bons résultats. M. Joulin ne se montre pas très-partisan des émissions sanguines surtout abondantes ; Boivin et Dugès les ont employées avec succès (1).

M. Aran recommande aussi les émissions sanguines locales, soit sur l'abdomen, soit sur le col de l'utérus, si cette opération n'est pas trop douloureuse. Il recommande également les bains de siége, la glace, les opiacés, et enfin le collodion surtout contre la métrite chronique, pour protéger les parties excoriées du col contre l'action irritante du flux leucorrhéique (2).

M. Carl Schröder (3) a également recours aux émissions sanguines surtout locales et à l'administration du calomel à doses fractionnées, jusqu'à production de diarrhée ou de salivation. Quant au lieu d'application des sangsues, c'est surtout à l'hypogastre ou même à l'anus, à moins que la péritonite soit intense. Certains auteurs, parmi lesquels Alshausen (4) conseillent, au lieu de cette application locale, de mettre une à quatre sangsues sur la portion vaginale du col ; elles prennent facilement malgré les lochies. Pour empêcher que les sangsues ne pénètrent dans l'utérus, il faut tout d'abord introduire un tampon d'ouate.

L'application du speculum et son maintien dans les parties génitales pendant un temps aussi long pourrait avoir des conséquences fâcheuses.

Parmi les anciens, Oribase, Aëtius, Paul d'Egine,

(1) Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes, 1834.
(2) Journal de méd. et de chir. pratiq., 1856.
(3) Ouvr. cit., p. 695.
(4) Volkmann's Samml. Klin. Vortäge, n° 28, p. 266.

Galien, Avicenne, Rivière, Roderic à Castro, Mauriceau, Dionis, Sénac, etc., préconisent de préférence la saignée du bras. Mercurialis, Hoffmann et quelques autres prétendent, au contraire, qu'il faut saigner au pied. Pasta recommande l'emploi de la saignée du bras et du pied, en faisant toujours précéder celle du bras (1).

M. Smoler, de Prague, s'élève à propos de la thérapeutique de la péritonite, quelle que soit la cause et l'étendue de cette affection, contre le traitement antiphlogistique, les saignées générales ou locales, le calomel et les mercuriaux, et enfin les purgatifs.

Les craintes qu'inspirent à certains auteurs l'emploi des émissions sanguines ne paraissent point fondées, et il semble qu'on doive y recourir dans tous les cas, y eût-il même anémie. C'est qu'en effet l'anémie est un accident bien minime comparativement à l'affection puerpérale, et qu'il sera toujours très-facile d'y porter remède et de la faire disparaître complètement par un traitement convenable, lorsque la métro-péritonite sera guérie.

On voit généralement, sous l'influence des émissions sanguines, la fièvre tomber et les douleurs abdominales diminuer rapidement.

Trousseau remplaçait les émissions sanguines par l'administration du calomel à doses altérantes; d'autres auteurs donnent le calomel de la même façon, mais ils y joignent la médication antiphlogistique et les frictions mercurielles abdominales.

(1) Dictionnaire des sciences médicales, 1819.

Bon nombre d'auteurs sont, et c'est avec raison, partisans de l'emploi des préparations mercurielles dans le traitement de la métro-péritonite puerpérale. Cette médication modifie en effet très-favorablement l'état morbide de l'utérus, et il est même des praticiens qui conseillent d'introduire dans la matrice l'onguent mercuriel, par petites masses roulées, de manière à agir plus directement sur cet organe qui, situé assez profondément, se trouve à une certaine distance de la peau. On peut aussi administrer avantageusement le calomel à l'intérieur, soit à doses altérantes, soit à doses purgatives si l'on veut évacuer l'intestin.

En 1764, Hamilton employait les préparations mercurielles (1). En Angleterre et en Allemagne on employa le calomel, mais surtout comme purgatif.

Vandenzande, chirurgien à l'hôpital d'Anvers, eut recours aux frictions mercurielles, mais secondairement; il comptait tout particulièrement sur le calomel uni à l'opium et n'usait des frictions que lorsque l'état des voies digestives s'opposait à l'administration du sel de mercure à l'intérieur. A la Maternité de Paris, Chaussier employa aussi les préparations mercurielles. Velpeau surtout en fit grand usage et l'employa sous toutes les formes et à fortes doses. Tonnelé, Ch. Dubreuilh, Cazeaux, Désormeaux, Dugès et Boivin, y eurent également recours. On doit toujours chercher à provoquer la salivation mercurielle le plus rapidement possible, et lorsqu'on ne peut la produire, le pronostic est grave. Or, rien n'est variable comme le temps nécessaire à l'apparition de ce phénomène.

(1) Médical. Comment.

J'ai vu survenir la gingivite mercurielle et le ptyalisme après une seule application d'onguent mercuriel sur l'abdomen; mais je pourrais, d'autre part, citer des exemples de femmes chez lesquelles aucune trace de salivation ne s'est montrée, même après avoir employé le mercure à l'intérieur et à l'extérieur pendant six semaines à deux mois, et ayant été jusqu'à appliquer l'onguent mercuriel directement sur le derme dénudé de son épiderme par l'application d'un vésicatoire. C'est que, chez les premières femmes, l'absorption et la saturation de l'économie par le mercure se produisent rapidement, tandis que les autres s'y montrent réfractaires. C'est quand on veut atteindre rapidement ce but qu'on prescrit le calomel à l'intérieur en même temps que les frictions mercurielles sur l'abdomen.

Cazeaux, après avoir fait une application de sangsues sur le ventre, administrait les préparations mercurielles à l'intérieur et à l'extérieur, aussitôt qu'une nouvelle accouchée était prise des premiers symptômes de cette affection.

Ch. Dubreuilh (1) rapporte « qu'un médecin étranger qui suivait la visite de Cazeaux, lui dit avoir vu employer avec succès, en Allemagne, les frictions mercurielles sur le ventre, mais à des doses énormes, de manière que l'abdomen fût recouvert d'une couche épaisse de cet onguent.

« A la première occasion, cette nouvelle méthode fut mise en usage : on ordonnait 250 à 300 grammes de mercure, et jusqu'à 500 grammes dans les 24 heures. Mais ce mode d'administration n'eut pas plus de succès. »

(1) Loco citato.

Ceci se conçoit aisément, car le mercure n'était nullement absorbé en plus grande quantité par ce moyen, et ce ne pouvait être pour les malades qu'un poids inutile et fatigant à supporter sur l'abdomen devenu très-sensible par l'inflammation péritonéale.

Velpeau conseille, au contraire, lorsque ces téguments sont recouverts d'une couche d'onguent trop épaisse, de les nettoyer avec une eau de savon légère ou un peu d'huile.

Si la salivation tarde à se manifester, on étend les frictions jusqu'aux aînes et même aux faces antérieure et interne des cuisses, de manière à augmenter l'étendue de la surface d'absorption. Enfin, dans les cas réfractaires, on applique l'onguent mercuriel directement sur le derme dénudé, après enlèvement préalable de l'épiderme par l'application d'un vésicatoire.

En résumé, les préparations mercurielles ont donc, de l'avis de la plupart des auteurs, une valeur incontestable dans le traitement de la métro-péritonite puerpérale. Est-ce à dire cependant qu'il faille les considérer comme un spécifique ? Non certainement.

« Quelquefois les traitements dirigés de la manière la plus judicieuse, dit Gintrac, demeurent sans efficacité ; on ne connaît pas du moins de méthode qui mérite une entière confiance. L'empirisme a eu ses prôneurs ; mais la véritable expérience repousse des prétentions fondées sur quelque hasard heureux, ou sur un diagnostic infidèle. »

Il est donc important, dit Ch. Dubreuilh, de savoir apprécier la valeur d'une méthode qui est relative à quelques circonstances que l'on doit saisir.

Tonnelé porte sur la médication mercurielle le jugement suivant : « Quant à nous, dit-il, il faut l'avouer

ici, nous avons vu souvent les frictions mercurielles réussir, mais souvent encore nous les avons vues sans succès. Faut-il pour cela rejeter ce moyen? Assurément non ; il faut, au contraire, tenir à grand honneur une médication dont les succès, pour avoir été exagérés, n'en sont pas moins incontestables ; une médication qui peut réussir encore lorsque les autres échouent, et dont l'heureuse influence est d'autant plus évidente et plus précieuse, qu'elle se montre dans les cas où la mort était devenue presque inévitable (1). »

Quant aux cataplasmes émollients, ils ont aussi leur utilité et sont employés par la plupart des auteurs.

Lorsque la douleur est tellement forte que le poids du cataplasme devient insupportable, on y substitue avantageusement une flanelle imbibée d'une décoction chaude de racines de guimauve ou de graines de lin, ou bien encore d'huile d'olive ou de colza chauffée.

Les cataplasmes émollients peuvent être faits au moyen de farine de lin ou de farine de guimauve ; cette dernière est préférable, car la farine de lin est rarement pure.

Dans diverses circonstances, on a fait usage de cataplasmes médicamenteux. « A une période avancée de la péritonite, dit M. Bouchut (2), nous prescrivions avec avantage des applications faites avec le mélange de la poudre de ciguë avec les parties intégrantes du cataplasme ordinaire, parties égales de chaque. »

Certains auteurs préconisent l'administration de l'extrait de belladone, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, seul ou associé à l'onguent mercuriel. La belladone

(1) Archives de médecine, ouvr. cit.
(2) Loc. cit.

jouissant de la propriété de relâcher les tissus, augmentera nécessairement les pertes, et il semble par conséquent préférable d'y substituer l'opium, qui, ayant sur les tissus une action inverse, devra diminuer les pertes.

Certains auteurs ont recommandé l'acétate de morphine, soit à l'intérieur, soit en injections hypodermiques dans les parties les plus douloureuses.

C'est tout au plus un moyen palliatif; en effet, cette substance calme les douleurs, sans faire disparaître l'inflammation, ce qui peut être pour le médecin une cause d'erreur bien grave.

Faye en 1849 disait avoir retiré de merveilleux effets de l'administration de l'opium; mais peu de temps après il vit ce médicament sans résultat aucun et dut l'abandonner.

M. Depaul a essayé, sans résultat, la teinture de veratrum viride.

M. Carl Schröder (1) fait observer avec raison que « le traitement des inflammations locales a une grande importance.

» Les ulcérations puerpérales, dit-il, se traitent très-convenablement par l'acide phénique. Si on l'emploie de très-bonne heure, on s'oppose à l'extension sérieuse de l'ulcération et l'on hâte la guérison sans que l'on soit forcé de cautériser les ulcères avec la pierre infernale, ce qui est toujours très-douloureux. Lorsqu'il y a de l'endométrite gangréneuse, il faut faire des injections détersives et désinfectantes, mais il faut, comme tous

(1) Ouvr. cit., p. 694.

les traitements locaux de la fièvre puerpérale, les employer avec beaucoup de précaution pour éviter la transmission de la maladie. »

La glace ou les compresses d'eau glacée. — M. Carl Schröder (1) recommande également l'emploi de la glace.

« Après les sangsues, dit-il, nous appliquons sur le point douloureux une vessie remplie de glace. Dans presque tous les cas, ce traitement fait rapidement disparaître les douleurs qui auparavant étaient insupportables et ordinairement cela supprime complètement tout danger. Dans d'autres cas, les douleurs reparaissent et peuvent rendre nécessaires une nouvelle application des sangsues et de la glace. »

Beaucoup d'autres auteurs et praticiens ont recours, dès le début, aux applications de glace ou de compresses d'eau glacée.

L'eau froide est encore indiquée quand il existe une fièvre intense et qu'il y a une forte élévation de la température.

« La fièvre, dit M. Carl Schröder (2), mérite toute l'attention du médecin, surtout si elle prend le type continu. Une température élevée et restant longtemps à ce degré entraîne déjà par elle-même, pour l'organisme, le danger de la consomption. Pour diminuer ce danger, nous avons dans l'eau froide employée d'une façon méthodique un excellent moyen.

» Les indications ne se basent pas seulement sur l'élévation de la température, 40, 41 degrés et plus

(1) Ouvr. cit., p. 693.
(2) Ouvr. cit., p. 693.

sont si souvent atteints d'une façon passagère, et la température redescend si souvent spontanément, que si le summum ne dépasse 41 degrés qu'une seule fois, cela ne suffit pas pour indiquer expressément l'emploi de l'eau froide. Mais il en est tout autrement, si avec cette température, la fièvre est continue ou seulement faiblement rémittente, s'il survient des symptômes cérébraux, ou s'il semble indispensable de ménager les forces.

» La manière la plus convenable d'employer l'eau est la forme de bains froids, ou refroidis progressivement. Mais on obtient des résultats très-satisfaisants en l'employant sous forme de draps mouillés, dont on enveloppe les malades, et l'on doit surtout les recommander là où les difficultés extérieures empêchent son application sous forme de bains complets. Pour les employer, le mieux est d'avoir deux lits côte à côte, et de transporter la malade d'un lit dans l'autre. Dans l'un se trouve un drap mouillé dans lequel on enveloppe la malade, puis au bout de quelques minutes on la transporte sur l'autre lit dans un drap frais. On peut renouveler ces enveloppements de douze à vingt-quatre fois l'un après l'autre.

» Dans les cas légers, comme ces manières d'appliquer le froid sont difficiles et donnent beaucoup de peine, on peut se contenter d'appliquer le froid sur un des côtés du tronc. Pour y parvenir, on prend une paire de grandes serviettes que l'on réunit ensemble de telle sorte qu'elles ont à peu près le volume du tronc, on les trempe dans l'eau froide et on les applique en les changeant rapidement sur toute la face antérieure du tronc de la malade.

» Le résultat de ce mode de traitement est la plupart du temps très-éclatant. Mais les résultats momentanés que l'on obtient ainsi varient beaucoup. Si au moment où l'on applique le froid, la température avait atteint son maximum ou si elle était déjà en voie de décroissance, on peut, de la façon la plus certaine, obtenir très souvent un abaissement de la température jusqu'à l'état normal et même au-dessous. Mais si la température était dans sa période ascendante, on n'obtient en général qu'un abaissement passager. L'élévation de la température qui a été interrompue pendant quelque temps reparaît souvent rapidement pendant ou après un frisson. Mais même dans ces cas, on ne peut reconnaître que l'application répétée du froid a une influence favorable sur la marche de la température. Dans les jours qui suivent la fièvre ne s'élève pas haut, devient plus fortement rémittente ou intermittente. La fréquence du pouls diminue aussi d'une façon constante, même lorsque l'on n'a fait qu'une seule application du froid.

» Mais ce qui prouve le plus nettement que l'emploi du froid est rationnel, c'est la modification de l'état général. La malade qui, auparavant, était abattue et dont l'intelligence était complétement prise, revient à elle peut-être pour la première fois depuis plusieurs jours, et manifeste pendant cette suppression énergique de la chaleur les signes les plus évidents d'un état de bien-être. Dans d'autres cas, lorsque le sensorium est libre, l'état subjectif s'améliore, les douleurs de la tête disparaissent, la soif ardente cesse et l'angoisse et l'oppression font place à une sensation de bien-être.

» Les autres moyens conseillés contre la fièvre, continue cet auteur, sont beaucoup moins sûrs. La quinine

employée à la dose de deux grammes ne nous a jamais donné de résultats à peu près constants. Barker, Elliot et Gruenewaldt conseillent la vératrine. Lorsque le pouls est très-fréquent, l'emploi de la digitale est indiqué. »

Lorsque les symptômes de la maladie ne tendent pas à disparaître sous l'influence de la médication antiphlogistique, on peut avoir recours à l'application de la glace faite suivant la méthode de M. Béhier, ou de compresses d'eau glacée fréquemment renouvelées.

Mieux vaut appliquer cette méthode de traitement après les émissions sanguines que de débuter par elle.

J'ai vu cette médication réussir plus d'une fois, dans les cas où les symptômes fébriles les plus intenses avaient déjà cédé aux émissions sanguines suivies de l'application de frictions mercurielles et de cataplasmes émollients. Il y a contre-indication à l'emploi de la glace quand il existe certaines complications, telles que congestion ou inflammation de la moelle épinière ou de ses enveloppes avec extension aux nerfs périphériques, abdominaux et autres, ou lorsque l'affection puerpérale est encore tout-à-fait à l'état aigu, quoique certains auteurs aient recours à ce mode de traitement dès que les premiers symptômes de la maladie apparaissent.

Révulsifs cutanés. — Non recommandables au début de la maladie, ils sont d'une grande utilité quand celle-ci résiste aux deux premières méthodes de traitement, ou lorsque, pour une raison quelconque, on ne peut employer les réfrigérants. On a ordinairement recours aux vésicatoires volants ou entretenus, plus rarement à la teinture d'iode.

On recouvre généralement toute l'étendue du ventre d'un vésicatoire qu'il est prudent de faire parsemer légèrement de camphre pulvérisé.

L'application de ce large vésicatoire est surtout recommandable dans les cas où il s'est formé du pus dans le péritoine, surtout si la sensibilité du ventre diminue, si le pouls devient petit, et si tous les moyens antiphlogistiques ont échoué.

« Cette méthode de traitement, dit Ch. Dubreuilh (1),
» est fondée sur ce problème célèbre, que M. le pro-
» fesseur Trousseau a si bien démontré : « Etant donnée
» une lésion grave, produire artificiellement, dans un
» autre lieu, une lésion plus énergique et moins dan-
» gereuse, afin d'atténuer la première. » C'est la mé-
» dication transpositive. En présence d'une maladie
» grave, il est essentiel de proportionner la médication
» à l'intensité et à l'étendue de l'inflammation ; il ne
» faut donc pas, dans le cas qui nous occupe, redouter
» la grandeur du vésicatoire. « Comment supposer, dit
» M. Trousseau (2), qu'une phlegmasie bronchique, qui
» occupe peut-être une surface de plusieurs mètres
» carrés, sera révulsée par un vésicatoire de quelques
» centimètres d'étendue, plus aisément qu'une fluxion
» de poitrine grave ne le serait par une saignée de
» quelques grammes? » Il en est ainsi dans la fièvre
» puerpérale, quand les accidents se sont manifestés du
» côté du péritoine ou de l'utérus, qui sont devenus le
» siége d'une phlegmasie intense et d'une sécrétion
» purulente abondante. »

Velpeau suivait le même traitement pour faire avorter les phlegmons diffus du membre abdominal, et M. Gendrin, à l'hôpital de la Pitié, ne craignait pas de recouvrir

(1) Loc. cit.
(2) Trousseau et Pidoux ; Thérapeutique et matière médicale, 1841.

d'un vésicatoire énorme tout un côté de la poitrine, dans la pleurésie et la pneumonie.

A. Willemin employa aussi la médication révulsive dont il retira de grands avantages; il en rapporte, de même que Dubreuilh, plusieurs observations (1). Dugès et Boivin en ont également obtenu de bons résultats (2).

La teinture d'iode peut aussi être employée avec avantage comme révulsif cutané, mais seulement dans les cas peu intenses.

Le docteur Vacca considère les frictions iodées comme très-utiles, après l'usage répété des saignées, des cataplasmes et autres topiques calmants (3).

Certains auteurs ont aussi recommandé les bains, mais ils ne sont guère applicables, à cause des mouvements qu'ils exigent de la part de la malade.

Foucart a quelquefois fait appliquer des sinapismes aux jambes (4).

Injections utérines. — On ne doit jamais négliger d'y recourir, afin d'empêcher l'absorption des matières septiques par les vaisseaux et de prévenir ainsi l'invasion de la phlébite et de la lymphangite. Ces injections se font à l'eau tiède si les lochies ne sont pas fétides, sinon on emploie la solution suivante :

Eau de chaux 100 gr.
Eau distillée 1000 gr.

On pratique ces injections trois ou quatre fois par jour. Dubreuilh emploie de préférence l'eau de guimauve chlorurée.

(1) Loc. cit.
(2) Loc. cit.
(3) *L'observateur*, 1851.
(4) *Revue médico-chirurgicale*, Décembre, 1848.

Les préparations de quinquina et tout spécialement l'extrait sont des toniques très-recommandables contre la forme adynamique de cette maladie, mais il ne faut les employer qu'après avoir abattu ou du moins diminué considérablement les symptômes inflammatoires, par le mode de traitement qui a été indiqué.

Il semble donc que, lorsque la femme est fortement affaiblie, vers la fin de la maladie, le quinquina, employé sagement et à propos, peut devenir d'un grand secours.

On donnera le sulfate de quinine si l'on redoute la grave complication de la phlébite ou de la lymphangite utérine, ou lorsqu'il se manifeste des symptômes ichorrhémiques.

Ch. Dubreuilh, Boivin et Dugès recommandent l'emploi du quinquina dans tous les cas qui viennent d'être spécifiés. Le professeur Dubois a également retiré de bons effets de ce médicament.

M. le docteur Limouzin-Lamothe (1), médecin à Décazeville, employa aussi avec avantage la résine de quinquina, même dès le début de la maladie, dans un cas où les symptômes adynamiques étaient très-prononcés.

Les sudorifiques peuvent aussi avoir leur importance dans le traitement de cette affection, en diminuant la température par l'accroissement de la sécrétion sudorale.

L'essence de térébenthine a encore été recommandée par le docteur Brenan, chirurgien à l'hôpital des femmes en couches de Dublin, qui fit paraître, en 1814, un ouvrage où il s'applaudit de ce moyen, dont il prétend avoir obtenu de très-beaux résultats. Il administrait une

(1) *Montpellier méd. et Bulletin général de thérapeutique,* 28 Fév. 1863.

ou deux cuillérées d'essence de térébenthine dans de l'eau chaude sucrée; il prescrivait des frictions avec la même substance sur le ventre qu'on recouvrait ensuite d'une flanelle.

Le docteur Fernandès et divers autres médecins de la Grande-Bretagne ont vanté beaucoup ce médicament.

Munaret et Trousseau le préconisent aussi en frictions sur le ventre; Cullen ne lui reconnaît que des propriétés laxatives.

John Douglas dit avoir retiré de bons résultats de l'emploi de l'essence de térébenthine à l'extérieur.

Cette substance ainsi employée n'a rien de spécifique mais peut jouer le rôle de révulsif cutané, agir en un mot à la manière d'un vésicatoire ordinaire.

Ch. Dubreuilh doute beaucoup de la valeur de ce médicament et ne lui considère non plus que des propriétés révulsives.

Vomitifs et purgatifs. — Guidé par des succès antérieurs constatés à l'Hôtel-Dieu, Trousseau, à l'exemple de Doulcet et des médecins du siècle passé, prescrivait l'ipécacuanha à dose vomitive à la plupart de ses malades. Il ordonnait un à deux grammes de poudre à prendre en trois ou quatre fois dans les 24 heures.

Les jours suivants, il y substituait l'usage de purgatifs assez énergiques, et de préférence les drastiques, surtout l'huile de croton tiglium. Il traitait ensuite les complications par des émissions sanguines ou des topiques destinés à les combattre.

« Malgré l'affection locale, disait l'auteur, dans ses leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu, administrez l'ipécacuanha et les évacuants, et vous disposerez toujours l'organisme à une réaction avantageuse contre l'infection épidémique. »

Toutefois il ne croyait point à la spécificité de ces moyens et recourait souvent à d'autres.

M. Bouchut fit l'essai de cette médication et arriva aux résultats suivants : « Aussitôt, dit-il, qu'une malade atteinte de fièvre puerpérale arrivait dans notre service, on lui administrait l'ipécacuanha. Lorsque la fièvre était légère, et qu'il n'y avait d'autre complication qu'une métrite, la maladie disparaissait très-rapidement. Quand, au contraire, le mal paraissait plus grave, et que parmi les affections locales, il s'en trouvait quelqu'une qui fût sérieuse, alors le médicament triomphait moins souvent et ne contribuait qu'à établir un amendement passager. Enfin, dans quelques cas, la médication parut être entièrement inutile et sans effet ; les malades succombèrent avec une précipitation désolante (1). »

Cet auteur paraît avoir retiré de bons résultats de l'emploi des purgatifs drastiques, l'eau-de-vie allemande à la dose de 40 grammes, et l'huile de croton tiglium à la dose de trois gouttes dans un loch.

Désormeaux n'eut pas trop à se louer de cette médication ; Cazeaux obtint quelques succès.

Ainsi que le fait remarquer Ch. Dubreuilh (2), « l'ipécacuanha fut rarement employé seul ; les sangsues, souvent répétées, ont été associées à ce nouveau mode de traitement, dont les effets furent bientôt épuisés, car il fallut revenir aux mercuriaux. »

Boivin et Dugès eurent également recours aux vomitifs.

Willis employait comme vomitif l'émétique.

(1) *Bouchut, Gazette médicale de Paris*, n° 10, année 1844.
(2) Loc. cit.

Legroux, Dubois et tous les praticiens de son Ecole administraient un vomitif dans les cas d'*embarras gastrique*, et de préférence l'ipécacuanha associé au tartre stibié. Les vomissements abondants, disaient-ils, et surtout s'ils sont bilieux et suivis de selles de même nature, amènent un soulagement immédiat et parfois la disparition complète des accidents.

On ne doit pas oublier que ces symptômes d'embarras gastrique dépendent exclusivement de la métro-péritonite, comme le fait observer M. Joulin, et qu'ils ne disparaissent qu'avec cette affection.

Cet état n'exige donc aucun traitement, et toute la médication doit être dirigée vers l'accident primitif.

Willemin recommande l'administration de lavements émollients, dans le double but de débarrasser le gros intestin, souvent obstrué, et d'agir d'une manière sédative sur les organes pelviens. Il donne aussi de l'eau de sedlitz à l'intérieur.

Chomel a également préconisé les lavements émollients (1).

Le professeur Seyfert dit avoir obtenu de bons résultats, à la Maternité de Prague, des dérivatifs énergiques.

Le professeur Breslau de Zurich vante également cette médication ; il en est de même de Latour.

M. Carl Schröder se montre également partisan des purgatifs.

« *A priori*, dit cet auteur (2), ils semblent déjà indiqués. Si l'on peut espérer éloigner du corps les matières septiques résorbées, la voie la plus facile est, sans

(1) *Lancette française* du 14 février 1834.
(2) Ouvrage cité, p. 692.

aucun doute, le canal intestinal, et l'observation que des chiens empoisonnés par des matières septiques ont guéri après des diarrhées fétides abondantes, doit engager à recourir à la production artificielle de la diarrhée.

» En fait, nous croyons aussi avoir vu des résultats absolument convaincants de l'emploi des purgatifs, et nous les conseillons expressément dans les cas légers. On remarque ordinairement après leur emploi une décroissance de la fièvre, les affections péritonitiques deviennent moins douloureuses et les symptômes généraux s'apaisent un peu.

» Nous n'avons jamais vu des diarrhées très-abondantes devenir nuisibles. Même lorsque les selles sont très-nombreuses, les forces ne se dépriment pas plus qu'elles ne l'auraient fait sans cela. Néanmoins nous ne voulons pas conseiller indistinctement l'emploi des purgatifs dans toutes les maladies puerpérales. Il nous semble que certaines épidémies se signalent par l'abondance de la diarrhée, et nous admettons très-bien qu'il serait plus que téméraire de vouloir encore augmenter cette diarrhée (1). Dans les cas légers nous employons l'huile de ricin, dans les cas graves, les préparations de séné ; mais elles ont l'inconvénient de donner des coliques, ou nous avons recours au calomel.

» Comme dernier moyen, mais bien douteux, de remplacer le sang empoisonné par du sang sain, on pourrait conseiller la transfusion qui, entre les mains de Hüter (2), a donné du moins des résultats passagers. »

(1) Voy. Hecker, *Klin. de Geb.* II, p. 214 et Helst, *Beitrage*, I, p. 170.
(2) L. c. not.

Si l'on s'en rapporte à l'effet physiologique des purgatifs sur les organes abdominaux, il semble qu'on ne doive jamais administrer de purgatif à un malade atteint de péritonite, quelle qu'en soit la cause et l'intensité, qu'elle existe seule ou qu'elle soit accompagnée de quelque autre affection, telles que : métrite (métro-péritonite puerpérale ou autre), fièvre typhoïde, etc.

C'est que, en effet, 1° les purgatifs provoquent un état fluxionnaire de l'intestin, et cette congestion retentit sur le péritoine dont elle augmente ainsi l'irritation ; 2° ils activent les mouvements péristaltiques de l'intestin, et ceux-ci se communiquent au péritoine enflammé qui exige le repos le plus absolu ; 3° ils nécessitent enfin, de la part de la malade, des mouvements qui sont très-nuisibles.

Le calomel lui-même (quoiqu'il soit ici le moins offensif de tous les purgatifs) ne semble indiqué, à dose purgative, que lorsqu'il faut absolument évacuer l'intestin ; encore doit-on administrer des lavements émollients ou huileux de préférence, s'ils peuvent suffire.

La même réserve doit être tenue à l'égard des vomitifs dont l'action irritante retentit bien plus encore sur le péritoine et qui doivent être, semble-t-il, avant tout proscrits de la thérapeutique de la métro-péritonite puerpérale.

Au reste, cette affection est ordinairement déjà accompagnée de vomissements abondants ou de selles très-nombreuses qu'il paraît prudent d'enrayer rapidement.

Le *camphre* a été recommandé par Hoffman, Werloff et Pouteau ; ce dernier le considérait même comme un spécifique.

Bourdon dit l'avoir vu administrer sans succès dans un cas où il était cependant bien indiqué.

« Au milieu de toutes ces contradictions, dit Ch. Dubreuilh (1), disons que le camphre peut rendre quelque service, lorsque la fièvre puerpérale est caractérisée par un abattement extrême des forces ; mais je ferai remarquer que c'est une médication fort difficile à manier. Le praticien doit mettre beaucoup de tact dans son administration ; il peut développer consécutivement, et même d'emblée, d'épouvantables phénomènes fébriles, et la mort pourrait même s'en suivre, comme on en possède quelques exemples malheureux. »

Poudre d'amidon iodurée. — A la fin d'octobre 1845, il régnait, à l'hospice de la Maternité de Bordeaux, une épidémie d'affection puerpérale. Dupouy, frappé de l'insuccès des moyens mis en usage, employa concurremment à la saignée une poudre d'amidon iodurée qu'il faisait étendre sur le ventre en couche épaisse.

Dupouy n'a pas publié le résultat de ses observations, mais il attache beaucoup d'importance à ce moyen thérapeutique.

Nous relatons ici quelques réflexions sur ce mode de traitement, réflexions qui émanent du docteur Barnetche, que remplaçait Dupouy à la Maternité, pendant une absence momentanée.

« La question, dit M. Barnetche, peut être posée en ces termes : la diminution de la mortalité doit-elle être rapportée à l'emploi de la poudre d'amidon iodurée ? D'abord il nous semble impossible de faire la part logique de deux moyens simultanément employés

(1) Ouvr. cit.

(saignée, iode) ; en second lieu, l'action de l'iode sur la peau le classe au nombre des médicaments qui agissent en irritant, comme agissent les sinapismes, les vésicatoires. Dès lors, sans en conclure à la non-spécificité du moyen, nous croyons rationnel de la rapporter, dans cette occurrence, à la médication révulsive ; quitte à savoir plus tard s'il est le meilleur possible entre tous les révulsifs. Nous sommes bien disposé à reconnaître que l'activité des agents thérapeutiques est une source de succès. Mais, en temps d'épidémie, est-il bien facile de discerner ce qui découle du modificateur médicinal, de ce qui peut dépendre de la période de décroissement ; autrement dit, la poudre iodurée aurait-elle été suivie des mêmes résultats au début de l'épidémie ? Ce qu'on n'obtenait qu'après une lutte grave de l'organisme, l'iode l'aurait-il plus rapidement et mieux produit ? Quelque chose a-t-il pu témoigner d'une puissance spécifique, comme la guérison de la syphilis témoigne de la spécificité du mercure ? Nous ne le pensons pas, et, dans les cas si nombreux et si discutés où la chirurgie a eu recours à l'iode, cette pensée n'est venue à personne (1). »

L'amidon pulvérulent ioduré ainsi appliqué sur le ventre semble donc n'avoir d'autre propriété que celle d'agir comme révulsif.

Alcoolature d'aconit. — J. P. Tessier ayant employé l'alcoolature d'aconit contre la diathèse purulente publia, en 1846, une note sur ce traitement. Peu de temps après, il préconisa ce médicament contre les affections puerpérales et dit que l'expérience lui a prouvé que

(1) Ch. Dubreuilh, ouvr. cit.

l'aconit était un remède prophylactique et curatif des plus énergiques.

Tessier n'administre cependant l'aconit qu'après avoir fait usage d'une médication antiphlogistique énergique.

« Lorsque le traitement antiphlogistique touche à sa fin, dit l'auteur (1), j'administre l'alcoolature d'aconit de la manière suivante :

» Prenez eau sucrée, ou sirop simple, 250 grammes; alcoolature d'aconit 8 grammes. On mêle une cuillerée de cette liqueur à la boisson des malades, de manière qu'ils aient pris la moitié de la dose dans les 24 heures. Continuez ensuite, en augmentant ou en diminuant la dose, suivant la persistance des accidents ou suivant l'amélioration obtenue ; en même temps on facilite la résolution des foyers inflammatoires par des onctions d'une pommade à l'iodure de plomb, contenant trois grammes de sel pour trente grammes d'axonge ; on recouvre le linge qui sert à l'onction avec des cataplasmes de farine de graine de lin. En général, l'action thérapeutique de l'aconit n'est sensible qu'après douze heures de son emploi. Cette action consiste dans une rémission du mouvement fébrile, du malaise général et des accidents locaux. »

Tessier eut l'occasion d'appliquer son traitement à l'Hôtel-Dieu, pendant les mois de novembre et de décembre 1843, et en 1845 à la Charité et à l'hôpital Necker ; il paraîtrait avoir eu des succès, mais le nombre d'observations n'est pas assez nombreux pour pouvoir en tirer des conclusions.

Cette nouvelle médication rencontra peu de partisans

(1) Ch. Dubreuilh, ouvr. cit.

et il est permis de douter de ses propriétés tant curatives que préservatives. On ne pourrait, du reste, expliquer le mode d'action de l'aconit dans cette affection.

Tessier croit que cette substance agirait dans la diathèse purulente à peu près comme l'émétique à haute dose dans la pneumonie.

Compression sur l'utérus. — « Un moyen, dit Ch. Dubreuilh (1), qui a eu quelquefois un effet bien marqué dans la fièvre puerpérale est, au dire de M. Bourdon, la compression exercée par un bandage de corps bien serré, et une pyramide de compresses sur l'utérus, qui était resté très-volumineux. Quelques heures après l'application de ce bandage, l'organe diminue, et l'avantage qu'on peut en tirer, c'est qu'en forçant l'utérus à revenir sur lui-même, on détermine la sortie des matières purulentes contenues dans sa cavité; on diminue ainsi les chances de résorption infectante et de phlébite.

» Le résultat de cette compression peut être avantageux, continue Dubreuilh, mais un symptôme qui persiste souvent jusqu'à la mort, celui qui brise le plus les forces de la femme, est la douleur si vive du ventre. Comment exercer une compression sur un organe qui ne peut souvent supporter le poids d'un cataplasme? Il faudra donc des circonstances toutes particulières pour mettre ce procédé en usage, qui est, je crois, très-secondaire. »

Application d'une couche de collodion sur l'abdomen. — M. le docteur Robert-Latour a, plusieurs fois déjà, appelé l'attention de ses confrères sur quelques effets remarquables de cette médication. Il y attache une

(1) Ouvr. cit.

grande importance et en a publié une observation assez curieuse, en 1859 (1).

Oxalate de potasse. — Le docteur Welti, de Zurzach, assure que depuis 12 ans, il fait usage de l'*oxalate de potasse* dans la *métro-péritonite puerpérale* et les *inflammations intestinales,* et que les résultats qu'il a obtenus sont des plus satisfaisants. La dose que ce praticien emploie est d'un demi scrupule à un scrupule de sel neutre dans un véhicule de cinq onces (2).

Cette affection peut passer à l'état chronique, mais il n'y a guère alors que la métrite qui persiste; c'est l'*engorgement chronique* de l'utérus, accident redoutable et très-rebelle aux traitements même les plus rationnels. Dans cette occurrence, on aura surtout recours aux révulsifs et aux altérants. Ainsi, on emploiera : à l'extérieur, la teinture d'iode et les vésicatoires volants ou entretenus; à l'intérieur, l'iodure de potassium, et dans certains cas, on ordonnera en même temps des frictions mercurielles sur le ventre. On peut aussi associer le seigle ergoté à l'iodure de potassium, afin de resserrer le tissu utérin et de diminuer l'exsudation, l'écoulement de cet organe. Injections faites avec de l'eau un peu tiède ou des liquides astringents; ces injections doivent se faire avec force, afin de bien pénétrer dans la matrice. On emploiera également avec avantage, à l'intérieur et en bains, les eaux salines naturelles ou artificielles, soit chlorurées, soit sulfureuses, telles que celles de

(1) Union médicale et Bulletin de thérapeutique, 15 Février 1859.
(2) Annales de la société de Méd. de Bruxelles. 1851.

Kreusnach, de Hambourg, d'Aix-la-Chapelle, des Eaux-Bonnes, de Cauteret, etc. Les eaux alcalines de Vichy et d'Ems, et les eaux alcalines artificielles sont aussi recommandables et s'emploient de la même manière.

S'il y a anémie, on administrera les préparations ferrugineuses qui auront pour effet, non seulement la reconstitution du sang, mais encore une action favorable sur l'engorgement utérin qui diminue et peut même disparaître complétement par cette médication.

On donnera, par exemple, 50 centigrammes de lactate de fer en potion, et l'on peut y ajouter le seigle ergoté, s'il y a indication. L'iodure de fer et l'iodure de soufre sont également très-recommandables dans le traitement de cette affection. On en fait des pilules, et l'on y associe l'iodure de potassium.

Quant au régime, il doit être nourrissant mais non excitant et varie suivant l'état de la malade.

Ainsi, si le teint est fleuri, si la constitution n'est point altérée, on ordonnera un régime doux, lacté; on permettra l'emploi des viandes blanches.

Si la femme est anémique, au contraire, on aura recours à un régime tonique, sans être cependant excitant.

Le professeur Scanzoni en parlant, dans un ouvrage qu'il a publié récemment, des nombreuses méthodes de traitement prônées par des auteurs compétents, contre la métrite chronique, déclare n'avoir guère obtenu de bons résultats que de l'iodure de potassium et de l'iodo-chlorure de mercure appliqués directement sur la muqueuse utéro-vaginale.

OBSERVATIONS.

1. *Métro-péritonite puerpérale. — Emissions sanguines, frictions mercurielles et cataplasmes. — Complication de congestion encéphalo-rachidienne. — Guérison.*

La nommée Jeanne D..., âgée de 24 ans, d'un tempérament lymphatique et d'une bonne constitution, entre dans le service de M. Crocq, à l'hôpital St-Jean, le 7 Janvier 1872.

Elle s'est accouchée il y a trois mois, à la Maternité; immédiatement après la délivrance se sont déclarées de violentes douleurs, véritables crampes qui avaient pour siége l'organe de la gestation.

Le lendemain, elle fut prise de nausées et de vomissements et d'une toux assez intense qui, de même que les fortes inspirations, augmentait considérablement les douleurs abdominales. Transportée alors dans un service de médecine, elle y a subi un traitement antiphlogistique local suivi de frictions mercurielles et

d'application de cataplasmes, et plus tard on lui appliqua un large vésicatoire sur l'abdomen.

Cette métro-péritonite avait été très-intense et n'avait cédé qu'après deux mois à une thérapeutique très-énergique; cette femme resta encore néanmoins trois semaines à l'hôpital, quoiqu'elle ne ressentît plus aucune douleur dans l'abdomen.

A peine avait-elle quitté l'hôpital, que les maux de ventre se manifestèrent de nouveau, dès le lendemain, et le jour suivant elle fut prise d'un violent frisson. Rentrée immédiatement à l'hôpital, dans le service de M. Crocq, cette fois, elle présente les symptômes suivants : Céphalalgie très-prononcée, vertiges, pesanteur de tête, troubles de la vue, insomnie occasionnée par la douleur. Chaleur de la peau modérée ; pouls à 120, assez résistant. Face pâle, pommettes légèrement injectées.

Douleurs dans les jambes, augmentant par la pression sur le trajet des nerfs. Bruits du cœur normaux, souffle artériel au premier temps, dû à l'existence de l'anémie.

Toux légère, sans expectoration. Rachis douloureux à la pression dans toute son étendue mais surtout inférieurement. Ceci annonce l'existence concomitante d'une congestion rachidienne s'étendant par voie de continuité au névrilemme des nerfs qui en partent et qui sont douloureux à la pression, comme on vient de le voir.

Le ventre est plat, très-douloureux à la pression, non-seulement à l'hypogastre, mais encore à l'épigastre et dans les hypochondres. Les espaces intercostaux inférieurs sont également douloureux à la pression, à droite comme à gauche.

La langue est un peu rouge à la pointe, chargée d'un léger enduit jaunâtre. La malade n'a plus eu de selles depuis huit jours. Perte d'appétit; urines normales. Elle a de temps en temps un léger accès convulsif.

Traitement : On lui a fait hier, à son entrée, une application de huit sangsues sur le ventre, suivie de frictions mercurielles faites toutes les deux heures et de l'application de cataplasmes émollients. Avant-hier soir, on lui a également appliqué huit sangsues sur l'abdomen, avant son arrivée à l'hôpital.

Aujourd'hui 9 : Continuation des frictions mercurielles et des cataplasmes.

Le 10 : Céphalalgie allant des tempes au vertex ; pouls à 108, commencement de gingivite ; douleurs persistant dans le rachis et les membres inférieurs; ventre encore douloureux à l'hypogastre et vers les hypochondres et les espaces intercostaux.

Traitement : Cataplasmes, et à l'intérieur une potion avec cinq centigrammes d'extrait de belladone.

Le 11 : Mêmes symptômes du côté de l'utérus et du péritoine. Les douleurs de la métro-péritonite existant encore quoique à un faible degré, quelle sera, dit M. Crocq, la médication à instituer ? La congestion rachidienne contre-indique l'emploi de la glace ou des compresses d'eau glacée. On ne peut pas non plus pratiquer de nouvelle émission sanguine, car la femme est anémique et si on lui enlève encore du sang, il surviendra une irritabilité plus grande encore du système nerveux. En présence de telles conditions, dit M. Crocq, on doit reprendre les frictions mercurielles et les cataplasmes.

Il n'existe plus d'inflammation suraiguë, il n'y a plus de ballonnement du ventre ni de forte chaleur à la peau; en un mot, la fièvre est modérée. Si demain il n'y a pas d'amélioration, on appliquera un large vésicatoire sur l'abdomen. La langue est encore un peu rougeâtre, chargée, et les papilles sont très-saillantes. Soif moins accentuée, pas d'appétit, pas de selles. Urines d'aspect normal, de réaction acide; elles contiennent une légère trace d'albumine, et l'acide nitrique y détermine un léger trouble blanchâtre. Frissonnements de temps en temps. Quelquefois les douleurs deviennent plus fortes dans le ventre semblent remonter vers la gorge et il se produit alors un anéantissement complet accompagné de légers mouvements convulsifs et de perte de connaissance. Il s'est produit hier un accès de ce genre. C'est là un accès d'épilepsie rudimentaire, état qui ne s'était jamais manifesté antérieurement chez cette femme, puisqu'elle dit n'avoir jamais été malade.

Symptômes encéphalo-rachidiens : sensation de vide, de pesanteur dans la tête, douleur, vertiges; ces phénomènes sont surtout marqués au moment où un de ces légers accès va se déclarer. Les douleurs des membres inférieurs sont symétriques et siégent sur le trajet des nerfs. Il y a donc congestion des méninges rachidiennes et du névrilemme des nerfs qui en émanent.

Le 12 : La salivation mercurielle est bien accusée, et la métro-péritonite est guérie complètement.

De fortes douleurs persistent cependant dans le ventre, mais elles ont pour siége le trajet des nerfs abdominaux et s'étendent aux espaces intercostaux jusqu'au cou. La pression sur les apophyses épineuses est toujours douloureuse. Les phénomènes encéphalo-rachidiens persistent donc encore.

La malade est sortie de l'hôpital, entièrement guérie, quelques semaines plus tard.

II. *Métro-péritonite puerpérale. — Complication de phlébite utérine. — Emissions sanguines, frictions mercurielles et cataplasmes, sulfate de quinine, application de compresses d'eau glacée. — Mort.*

La nommée Marie B..., âgée de 21 ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatique, entre à la Maternité, le 21 décembre 1872. Le travail était déclaré, mais il fut long et pénible et dura trois jours. L'utérus était très-sensible, et le col mince se dilata lentement ; néanmoins, l'accouchement fut spontané et très-facile.

Pendant toute la durée du travail, elle eut des douleurs abdominales assez accentuées, et le toucher vaginal lui était très-douloureux et même insupportable. Immédiatement après la délivrance, elle fut prise d'un frisson violent et très-prolongé ; puis se déclarèrent des douleurs vives, insupportables, dans la région lombaire et dans les membres inférieurs.

Un bain chaud suivi de l'enveloppement de la malade dans des couvertures de laine, pour la faire transpirer, et l'administration d'une potion contenant de la poudre de dover et de l'aconit firent disparaître ces douleurs en très-peu de temps ; toutefois, elles reparurent le lendemain avec autant d'intensité ; mais, cette fois, elles avaient leur siège dans la région dorsale et dans les membres supérieurs.

On renouvela la médication du jour précédent, et, dès le lendemain, les douleurs avaient complètement disparu.

L'utérus devint alors le siége de fortes douleurs, les lochies diminuèrent de quantité et devinrent fétides.

Transportée dans le service de M. Crocq, six jours après l'accouchement, c'est-à-dire le 30 décembre, son pouls bat 140 fois par minute; vomissements et diarrhée; ballonnement du ventre. Douleurs abdominales très-vives, surtout à la pression. Grande agitation, délire violent et cris pendant toute la nuit. Elle accuse de la céphalalgie par moments.

Déglutition facile ; escharre au sacrum. Elle a eu un violent frisson hier soir. Urines involontaires, légèrement albumineuses.

Température du matin 40°.
» » soir 40°,3.

Traitement : 10 sangsues sur l'abdomen, frictions mercurielles et cataplasmes.

Le 28 : Les symptômes ne font que s'aggraver. La phlébite utérine est bien déclarée.

Traitement : Compresses d'eau glacée sur le ventre et cinquante centigr. de sulfate de quinine en potion.

Le 29 : Pouls à 124 ; sommeil à peu près nul ; délire léger pendant la nuit ; langue sèche et croûteuse ; ventre moins ballonné ; douleurs diminuées ; pas de vomissements, anorexie ; trois selles liquides.

Traitement : Sous-nitrate de bismuth, 3 grammes
acétate de morphine, 1 centigramme
sulfate de quinine, 50 centigrammes
pour une potion de 150 grammes.

Morte le lendemain, on n'a pu en faire l'autopsie, le cadavre ayant été réclamé.

III. *Avortement. Métro-péritonite consécutive. — Emissions sanguines locales, frictions mercurielles, cataplasmes et injections utérines avec une solution de chlorure de chaux. — Guérison.*

La nommée Julie M..., servante, âgée de 19 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une bonne constitution, entre dans le service de M. Crocq, à l'hôpital St-Jean, le 8 décembre 1872.

Cette femme a avorté il y a cinq jours ; elle était dans son cinquième mois de gestation.

Avant-hier elle fut prise d'un frisson assez intense et sentit en même temps, dans la région utérine, des douleurs qui, d'abord modérées, ne tardèrent pas à devenir plus vives, lancinantes, et à s'étendre aux régions voisines. Dès le second jour de la maladie, les douleurs ont envahi toute la région hypogastrique et la zône ombilicale et s'exaspèrent à la pression au point de devenir tout-à-fait insupportables. L'épigastre et les hypochondres ne sont le siége d'aucune douleur.

Quant aux symptômes généraux ; la fièvre est intense, la face est rouge, injectée, vultueuse ; pouls à 108, fort, ample.

Peau chaude et couverte d'une transpiration collante, désagréable au toucher.

Température du matin, 38,°4.
» » soir, 39°.

Bruit de souffle cardiaque, résultant de l'héréthisme du cœur, de l'activité plus grande de la circulation, sous la dépendance des phénomènes inflammatoires. (Ce bruit de souffle diffère de celui de l'anémie et de celui qui résulte de l'existence de lésions organiques

du cœur; il tient en quelques sorte le milieu entre ces deux espèces de souffles.) Ventre ballonné ; nausées, mais pas de vomissements. Elle perd par le vagin des matières rouge-brunâtres, sanguinolentes et fétides.

Au toucher, on trouve un col peu consistant, mou, douloureux, permettant l'introduction du doigt, quoiqu'il soit déjà revenu sur lui-même.

Traitement : Application de cinq sangsues à l'hypogastre ; frictions mercurielles toutes les deux heures et cataplasmes émollients. Injections utérines avec une solution composée de : eau de chaux, 100 grammes, eau distillée, 1000 grammes.

Le soir, nouvelle application de cinq sangsues.

Le lendemain, 9 décembre : Amélioration ; fièvre moins forte, douleurs abdominales un peu diminuées. Température du matin 38°. Pouls à 92.

Traitement : Six sangsues, et continuation des frictions mercurielles, des cataplasmes et des injections. Température du soir 38°,2.

Le 10 : Le ventre n'est plus douloureux qu'à la région hypogastrique qui est devenue beaucoup moins sensible. Pouls à 86; température du matin 37°,6. Transpirations beaucoup moins abondantes que les jours précédents. Commencement de gingivite.

Traitement : Frictions mercurielles, cataplasmes et injections.

Le 11 : Les douleurs abdominales ont complètement disparu ; il ne reste plus qu'une légère douleur qui s'accuse seulement à une forte pression sur l'hypogastre. Ptyalisme abondant. Lochies presque normales, ayant perdu leur fétidité.

Traitement : Cataplasmes et injections.

Le 12 : La malade est guérie et demande à manger. Plus d'autre traitement que le repos au lit et une alimentation douce et progressive. La malade sort, complètement rétablie, huit jours plus tard.

IV. *Métro-péritonite puerpérale et endocardite. — Saignée, frictions mercurielles, cataplasmes, et à l'intérieur iodure de potassium. — Guérison.*

La nommée Pauline D..., servante, d'une constitution ordinaire, d'un tempérament lymphatique et âgée de 32 ans, entre dans le service de M. Crocq, à l'hôpital St-Jean, le 1er janvier 1873.

3 *janvier* : Cette femme est accouchée depuis trois semaines. Quelque temps après la délivrance, les jambes s'œdémacièrent, et quinze jours plus tard, les douleurs abdominales apparaissaient. Ces douleurs d'abord légères ne tardèrent pas à affecter bientôt un certain degré d'acuité. Toutefois, elles se sont limitées à l'hypogastre (péritonite sous-ombilicale de Beau), et elles augmentent à la pression.

Céphalalgie et pesanteur de tête qui ont commencé en même temps que le gonflement des pieds. Insomnie causée par la douleur. Réaction fébrile modérée; pouls à 100; chaleur de la peau peu forte. Toux légère ; gêne de la respiration ayant débuté huit jours avant son accouchement et ayant augmenté de jour en jour, de manière à atteindre bientôt un haut degré.

Du côté du cœur : le bruit systolique de la pointe est précédé d'un souffle léger qui est lui-même suivi d'un souffle râpeux. Souffle systolique dans l'aorte et l'artère pulmonaire, plus appréciable encore dans les artères carotides et sous-clavières.

Diminution légère de la sonorité et du murmure vésiculaire à la base des deux poumons.

Perte d'appétit; nausées sans vomissements.

Traitement du 2 janvier : Saignée, frictions mercurielles et cataplasmes sur le ventre.

Le 3 janvier : Continuation des frictions mercurielles et des cataplasmes.

Le 4 janvier : L'hypogastre est moins sensible à la pression; pouls à 94, peau moins chaude que hier.

Même traîtement que la veille.

Les 5 et 6 janvier : Douleurs considérablement diminuées, n'augmentant plus qu'à une forte pression sur l'hypogastre. Apparition de la gingivite mercurielle et commencement de la salivation.

Elle accuse de l'appétit et a eu hier deux selles liquides. Du côté du cœur et des voies respiratoires, mêmes symptômes que les jours précédents.

Même traitement.

Le 7 janvier : Disparition complète des douleurs abdominales. Ptyalisme assez abondant. La malade demande à manger ; elle a eu hier trois selles liquides.

Traitement : Cataplasmes émollients ; plus de frictions mercurielles.

Le 8 janvier : La métro-péritonite est tout-à-fait guérie ; le ptyalisme est modéré. Appétit bien déclaré ; mais les symptômes cardiaques et respiratoires persistent quoiqu'ils aient cependant diminué d'intensité.

Traitement : Iodure de potassium un gramme, dans une potion de 150 grammes.

Cette femme prolongea son séjour à l'Hôpital pour continuer le traitement de son affection cardiaque.

V. *Métro péritonite puerpérale. — Sangsues. — Compresses d'eau glacée. — Sulfate de quinine. — Sous-nitrate de bismuth.*

La nommée Marie B..., âgée de 26 ans, d'une constitution peu forte et d'un tempérament lymphatique, entre dans le service de M. Crocq, à l'hôpital St-Jean, le 27 décembre 1872.

Accouchée depuis six jours, le travail fut long et laborieux et dura deux jours. A peine l'accouchement terminé, des douleurs assez vives se firent sentir dans l'abdomen, à la région pré-utérine, douleurs qui deviennent intolérables à la pression.

Le 28 décembre : Frisson violent vers le soir, augmentation des douleurs abdominales, réaction fébrile intense, 120 pulsations à la minute ; température du matin 39°,5; insomnie, grande agitation. Nausées, anorexie complète. Urines involontaires, albumineuses.

Traitement : Application de dix sangsues à la région pré-utérine ; compresses d'eau glacée sur l'abdomen.

Le 29 décembre : Pouls à 140 ; température du matin 40° ; nausées, vomissements et diarrhée. Ballonnement du ventre. Les douleurs abdominales sont un peu moins intenses que la veille. Elle a eu un délire violent et a poussé des cris pendant toute la nuit. Céphalalgie peu prononcée ; déglutition facile. Langue sèche. Escharre au sacrum. Les urines sont encore involontaires mais renferment moins d'albumine que celles de la veille.

Température du soir 40°,3.

Traitement : Continuation des compresses d'eau glacée, et 50 centigrammes de sulfate de quinine en potion.

Le 30 décembre : Pouls à 124 ; température du matin 39°,2. Insomnie presque complète, délire léger pendant toute la nuit. Langue sèche et croûteuse. Ventre moins ballonné et moins douloureux que la veille; nausées légères, mais plus de vomissements ; anorexie complète; trois selles liquides.

Traitement : Sous-nitrate de bismuth trois grammes, acétate de morphine un centigramme, sulfate de quinine 50 centigr. pour une potion de 150 grammes. Les jours suivants, tous les symptômes morbides continuèrent à s'améliorer, et, dix jours plus tard, la malade entrait en convalescence.

Elle quitta l'hôpital vers le 15 du mois de Février.

THÈSES.

I.

La dénomination de fièvre puerpérale est trop vague et ne convient pas pour désigner les affections si diverses qui peuvent atteindre la femme après l'accouchement.

II.

Sur la nature de la fièvre puerpérale, les auteurs sont divisés en deux camps : les essentialistes et les localisateurs.

Nous rejetons, avec ceux-ci, l'idée de l'existence d'une entité morbide particulière, d'une fièvre essentielle indépendante de lésions organiques.

11

XIII.

Diverses affections peuvent être confondues facilement avec la métro-péritonite puerpérale.

XIV.

Les émissions sanguines locales ou générales doivent former la base du traitement.

XV.

L'éclampsie reconnaît comme cause déterminante la congestion des centres nerveux.

XVI.

Le traitement curatif de l'éclampsie consiste tout d'abord en émissions sanguines, et en second lieu dans l'emploi des narcotiques et des antispasmodiques, parmi lesquels les plus utiles sont les opiacés et l'atropine.

XVII.

La présence de l'albumine dans les urines, pendant les accès d'éclampsie, reconnaît pour cause la congestion des reins, chez les femmes non albuminuriques.

XVIII.

Le bruit de souffle maternel que l'on entend pendant la gestation est dû non seulement à l'augmentation du volume des vaisseaux artériels intra-utérins, mais encore au changement de composition du sang.

XIX.

Le rectum est la principale cause de l'obliquité droite de l'utérus pendant la grossesse.

XX.

L'électro-poncture paraît être le moyen de traitement le plus sûr de la grossesse extra-utérine à son début.

XXI.

Les douleurs de l'enfantement sont dues à deux causes : 1° la contraction exagérée des fibres musculaires de l'utérus, ce qui doit y faire naître de véritables crampes ; 2° la dilatation forcée du col utérin, du conduit vaginal, des parties molles qui constituent le périnée, enfin et surtout de l'orifice vulvaire.

XXII.

L'incoërcibilité des vomissements pendant la grossesse dépend exclusivement du système nerveux : « du pueumogastrique et probablement aussi du grand sympathique ».

XXIII.

Dans les cas de présentation anormale du fœtus la version spontanée ne se produit que si celui-ci, au lieu d'être situé perpendiculairement dans l'organe utérin, affecte une position oblique ; s'il s'y trouve placé horizontalement, la version spontanée est impossible.

XXIV.

On peut arriver à la mensuration des diamètres de la tête du fœtus dans le sein de la mère au moment de l'accouchement au moyen du forceps ordinaire.

XXV.

Les porte-lacs que j'ai imaginés ont l'avantage de pouvoir être improvisés et sont d'une application à la fois facile, prompte et sûre.

XXVI.

Ils peuvent également servir à porter une ficelle sur les polypes utérins.

Vidit Facultas Medica.
E. HUBERT, Fac. p. t. Decanus.
L. NOËL, Fac. p. t. a Secretis.

Vidit Rector Universitatis.
A. J. NAMÈCHE.